



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 1 de 120

# BOLETIN JURIDICO No. 4 2014

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



## TABLA DE CONTENIDO

<a href="#">Jurisprudencia</a>	3
<a href="#">Sentencias de la Corte Constitucional</a>	4
<a href="#">Sentencia C – 383 de 2012</a>	5
<a href="#">Normativa</a>	26
<a href="#">Decretos</a>	27
<a href="#">Decreto 3045 de 2013</a>	28
<a href="#">Decreto 3047 de 2013</a>	34
<a href="#">Resoluciones</a>	39
<a href="#">Resolución 5281 de 2013</a>	40
<a href="#">Resolución 5510 de 2013</a>	43
<a href="#">Resolución 5522 de 2013</a>	47
<a href="#">Resolución 5521 de 2013</a>	55
<a href="#">Circulares</a>	94
<a href="#">Circular 001 de 2014</a>	95
<a href="#">Conceptos Jurídicos</a>	98
<a href="#">Incapacidad superior a 180 días</a>	99
<a href="#">Pago de multas por inasistencia a citas de promoción y Prevención</a>	101
<a href="#">Salario a pagar por los 3 primeros días de incapacidad</a>	103
<a href="#">Transcripción de Incapacidades</a>	105
<a href="#">Liquidación de Contratos de Aseguramiento</a>	108
<a href="#">Reconocimiento de licencia de paternidad</a>	111
<a href="#">Certificado de afiliación en salud</a>	113
<a href="#">Posibilidad de cotizar en salud sin hacerlo en pensiones</a>	115
<a href="#">Aplicación de la Ley 80 de 1993 a las Empresas Sociales del Estado</a>	117



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 3 de 120

# JURISPRUDENCIA



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 4 de 120

## **I. SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.**



## 1. Sentencia C-383/12

Referencia: expediente D-8846

Demanda de inconstitucionalidad contra el parágrafo 1º inciso 1º (parcial) e inciso tercero del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011 *“Por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones”*

Actor: Jarol Estibens Echeverri Giraldo y otros

Magistrado Ponente:

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Bogotá D.C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil doce (2012)

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y en cumplimiento de los requisitos y trámite establecidos en el Decreto Ley 2067 de 1991, ha proferido la presente Sentencia.

### 1.1. I. ANTECEDENTES

En ejercicio de la acción pública consagrada en el artículo 241, numeral 4º de la Constitución, los ciudadanos demandantes solicitan a la Corte que declare la inexecutable del parágrafo 1º inciso 1º (parcial) e inciso tercero del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011 *“Por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones”*.

Cumplidos los trámites previstos en el artículo 242 de la Constitución y en el Decreto Ley 2067 de 1991, procede la Corte a resolver sobre la demanda de la referencia.

### II. NORMA DEMANDADA

A continuación se transcribe la norma demandada según publicación en el Diario Oficial No. 48.116 del 30 de junio de 2011:



*“LEY 1468 DE 2011*

*(junio 30)*

*Diario Oficial No. 48.116 de 30 de junio de 2011*

*CONGRESO DE LA REPÚBLICA*

*Por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.*

*EL CONGRESO DE COLOMBIA*

*DECRETA:*

*ARTÍCULO 1o. El artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo quedará así:*

***Artículo 236. Descanso remunerado en la época del parto.***

*1. Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de catorce (14) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso.*

*2. Si se tratare de un salario que no sea fijo, como en el caso de trabajo a destajo o por tarea, se toma en cuenta el salario promedio devengado por la trabajadora en el último año de servicios, o en todo el tiempo si fuere menor.*

*3. Para los efectos de la licencia de que trata este artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico, en el cual debe constar:*

*a) El estado de embarazo de la trabajadora;*

*b) La indicación del día probable del parto, y*

*c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.*

*4. Todas las provisiones y garantías establecidas en el presente capítulo para la madre biológica se hacen extensivas, en los mismos términos y en cuanto fuere procedente, para la madre adoptante asimilando la fecha del parto a la de la entrega oficial del menor que se adopta. La licencia se extiende al padre adoptante sin cónyuge o compañera permanente.*

*Estos beneficios no excluyen al trabajador del sector público.*

*5. La licencia de maternidad para madres de niños prematuros, tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuales serán sumadas a las 14 semanas que se establecen en la presente ley. Cuando se trate de madres con Parto Múltiple, se tendrá*



en cuenta lo establecido en el inciso anterior sobre niños prematuros, ampliando la licencia en dos (2) semanas más.

6. En caso de fallecimiento de la madre antes de terminar la licencia por maternidad, el empleador del padre del niño le concederá una licencia de duración equivalente al tiempo que falta para expirar el periodo de la licencia posterior al parto concedida a la madre.

7. La trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las 14 semanas de licencia a que tiene derecho, de la siguiente manera:

a) Licencia de maternidad preparto. Esta será de dos (2) semanas con anterioridad a la fecha probable del parto debidamente acreditada. Si por alguna razón médica la futura madre no puede optar por estas dos (2) semanas previas, podrá disfrutar las catorce (14) semanas en el posparto inmediato.

Así mismo, la futura madre podrá trasladar una de las dos (2) semanas de licencia previa para disfrutarla con posterioridad al parto, en este caso gozaría de trece (13) semanas posparto y una semana preparto.

b) Licencia de maternidad posparto. Esta licencia tendrá una duración de 12 semanas contadas desde la fecha del parto, o de trece semanas por decisión de la madre de acuerdo a lo previsto en el literal anterior.

PARÁGRAFO 1o. La trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las 14 semanas de licencia a que tiene derecho de acuerdo a la ley. **El esposo o compañero permanente** tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.

La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos **del cónyuge o de la compañera**.

El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.

La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

Se autorizará al Gobierno Nacional para que en el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplique lo establecido en el presente parágrafo.



*PARÁGRAFO 2o. De las catorce (14) semanas de licencia remunerada, la semana anterior al probable parto será de obligatorio goce.*

*PARÁGRAFO 3o. Para efecto de la aplicación del numeral 5 del presente artículo, se deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.”*

### III. LA DEMANDA

Los ciudadanos consideran que las expresiones demandadas del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, infringen los artículos 13, 43 y 44 de la CP los cuales hacen referencia a la igualdad, la equidad de género e interés superior del menor, con fundamento en los siguientes argumentos:

1. Consideran que la norma acusada infringe el art. 13 de la CP al establecer una clasificación sospechosa, pues incluye la expresión "El esposo o compañero permanente" y "del cónyuge o de la compañera", expresiones que a su juicio excluyen a aquellos padres que no cumplan con tal clasificación o condición.

Sostienen que establecer el anterior condicionamiento es sospechoso e innecesario, pues encuentran que para acceder a la licencia de paternidad solo es necesario el registro civil de nacimiento del menor, y que con tal acreditación del padre, se le debe reconocer de manera formal y legal su paternidad, y con ello adquiere las obligaciones y deberes que esa condición conlleva.

2. Afirman que en desarrollo del interés superior del menor (art 44 de la CP), éste tiene el derecho de recibir de sus padres el cuidado y el amor necesarios en sus primeros días de vida, lo cual es el fin esencial de la licencia remunerada de paternidad. Por lo tanto, no solo los hijos nacidos de una unión marital legal o de hecho tienen derecho a recibir el cuidado y amor de su padre cuando se otorga la licencia, sino que lo tienen todos los niños nacidos, aunque no haya un vínculo de convivencia legal o de hecho entre sus padres.

En este sentido, mencionan que las expresiones demandadas de la Ley 1468 de 2011, dan a entender que los hijos concebidos fuera de una unión marital no tienen derecho a gozar de los beneficios de la licencia de paternidad, ni a que se les brinde el cuidado que necesita el menor, por lo que consideran que *"el legislador especula y cree que dichos padres no están dispuestos a brindarle amor y cuidado a sus hijos"*, razón por la cual encuentran que con las expresiones acusadas se discrimina a los padres que no tienen una unión marital de hecho o legal, y de contera, se discrimina a los menores nacidos por fuera de la unión de sus padres.

3. Observan que la posibilidad del padre de contar con una licencia de paternidad, para brindarle al menor el amor y cuidados en sus primeros días de vida, contribuye a la igualdad de género plasmada en el art. 43 de la CP, la cual se vulnera cuando se discrimina el otorgamiento de la licencia de paternidad a los padres que no tienen una condición de unión legal o de hecho. Evidencian por tanto, que existe un desequilibrio entre el padre y la madre, ya que la madre, a pesar de no contar con esa misma condición, sí puede disfrutar de su licencia de maternidad, mientras que el padre se ve limitado a la condición impuesta por el Legislador de manera desproporcionada e innecesaria.



Mencionan que en sentencia C-273 de 2003, la Corte definió la licencia de paternidad como "*un periodo de tiempo remunerado que se le otorga al padre trabajador para que acompañe y cuide al hijo, garantizándole de esta manera el ejercicio pleno de su derecho fundamental al cuidado y amor*", de manera que la jurisprudencia constitucional solo incluye la palabra "*padre*" y no habla de condición alguna, con lo cual evita caer en discriminaciones o clasificaciones sospechosas, por lo cual concluyen que "*todo padre*" tiene derecho a la licencia de paternidad. Señalan que en la misma sentencia la Corte se pronuncia sobre los fines y la importancia de la licencia de paternidad para brindarle al menor el amor y cuidado de sus padres, con el fin de garantizar la efectiva igualdad de género contemplada en el art. 43 de la CP.

4. En conclusión, solicitan a la Corte que declare (i) la inexecutable de la expresión "*el esposo o compañero permanente*" contenida en el inciso 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011; (ii) inexecutable la expresión "*del cónyuge o de la compañera*" del inciso tercero del mismo artículo; y (iii) se condicione la aplicación del inciso primero del artículo en mención, en el entendido que el padre tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.

(...)

## VI. FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

### 1. Competencia de la Corte

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 241, numeral 4º de la Constitución Política, la Corte Constitucional es competente para conocer y decidir definitivamente sobre la demanda de inconstitucionalidad de la referencia, pues las expresiones acusadas hacen parte de una ley, en este caso, de la Ley 1468 de 2011.

### 2. Asunto bajo revisión

**2.1** La demanda considera que las expresiones acusadas del párrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, al conceder la licencia de paternidad solo a los esposos, cónyuges o compañeros permanentes, y por tanto, al excluir a los padres que no tengan tal condición, son expresiones discriminatorias que infringen los artículos 13, 43 y 44 de la CP, los cuales consagran los derechos a la igualdad, a la equidad de género y el interés superior del menor.

**2.2** En su intervención, el Ministerio de Trabajo solicitó a la Corte inhibirse de proferir un fallo de fondo en relación con las expresiones demandadas, al considerar que los cargos carecen de certeza, pertinencia y suficiencia, y por tanto, se configura ineptitud sustantiva de la demanda.

Por su parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar solicitó a la Corte la declaratoria de exequibilidad condicionada de las expresiones demandadas, en el entendido de que para todos los efectos se entenderá que la licencia de paternidad cubre al padre, sin importar el vínculo legal que tenga con la madre.

En el mismo sentido, la Universidad de Ibagué solicitó a la Corte que las expresiones acusadas sean declaradas inexecutable, por ser violatorias del derecho a la igualdad -art. 13 de la CP-, y



que se condicione la aplicación de la norma en su integridad en beneficio del padre del menor, sin otro condicionamiento diferente a que se demuestre la condición de padre.

**2.3** El Ministerio Público, en su concepto de rigor, solicitó a la Corte declarar una declaratoria de exequibilidad condicionada de las expresiones contenidas en el parágrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, "*bajo el entendido de que la licencia de paternidad remunerada también cobija al padre que convive con la madre y el recién nacido pero que no ostenta la condición de cónyuge o compañero permanente de la madre*".

### **3. Problema jurídico y esquema de resolución**

**3.1** El problema jurídico que debe resolver la Sala en esta oportunidad, es si las expresiones demandadas "*El esposo o compañero permanente*" y "*del cónyuge o de la compañera*", contenidas en el parágrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, vulneran el derecho a la igualdad (art 13 CP), la igualdad de derechos y oportunidades entre el hombre y la mujer (art 43 CP), y los derechos fundamentales de los niños y el interés superior del menor (art 44 de la CP), al disponer que la licencia remunerada de paternidad solo se concede al esposo o compañero permanente, o solo opera por los hijos nacidos de la cónyuge o de la compañera permanente.

**3.2** Para resolver este problema, la Corte (i) reiterará su jurisprudencia en relación con el fundamento constitucional, la naturaleza y las características del derecho a la licencia de paternidad; para con fundamento en ello, (ii) analizar la constitucionalidad de las expresiones demandadas.

### **4. El fundamento constitucional, la naturaleza y las características de la licencia de paternidad**

**4.1** La licencia de paternidad, derecho que hace parte de la *garantía de la protección integral de los menores*, encuentra su fundamento constitucional en múltiples normas de la Carta Política, tales como el artículo 1º sobre dignidad humana, el artículo 5º que reconoce los derechos inalienables, el artículo 11 acerca del derecho a la vida, el artículo 42 que contiene el concepto de familia, el artículo 43 relativo a la equidad de género, el artículo 44 contentivo de los derechos fundamentales de los niños, el artículo 48 que consagra el derecho a la seguridad social, el artículo 49 respecto del derecho a la salud, y el artículo 50 que consagra el derecho a la salud de menores de un año; todos los cuales ostentan la naturaleza de derechos fundamentales y de aplicación reforzada cuando sus titulares son menores de edad.

Por tanto, la institución de la licencia de paternidad hace parte de un sistema general de principios y garantías establecidos para la protección de los niños, como derechos *fundamentales y prevalentes*, los cuales no dependen de ninguna condición especial y se aplican a todos por igual. Especial relevancia reviste el artículo 44 Superior, en donde se consagran los derechos fundamentales de los niños, se les reconoce el carácter de fundamentales y prevalentes, y en donde se les garantiza no solo los derechos generales de todas las personas, de conformidad con otras disposiciones constitucionales, sino los derechos especiales para los menores.

Este sistema de principios y derechos para los niños, se funda en el reconocimiento de su condición de sujetos de especial protección constitucional con derechos de carácter fundamental



y prevalente, de manera que los niños gozan de una supraprotección o protección complementaria de sus derechos.<sup>[1]</sup>

**4.2** Por su parte, la Corte se ha pronunciado de manera reiterada y pacífica en relación con el sustento constitucional y la naturaleza de la licencia de paternidad, especialmente en lo que se refiere al alcance normativo del hoy nuevamente demandado artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo.

(i) Especial importancia reviste para el presente estudio de constitucionalidad la sentencia C-273 de 2003<sup>[2]</sup>, en donde la Corte tuvo la oportunidad de referirse a las expresiones “*La licencia remunerada de paternidad sólo opera para los hijos nacidos de la cónyuge o de la compañera permanente. En este último caso se requerirán dos (2) años de convivencia*” contenidas en el artículo 1º de la Ley 755 de 2002, modificatoria del artículo 236 del CST, en donde se presentaron cargos análogos a los que ahora nuevamente se presentan, relativos a la violación del derecho a la igualdad, consagrada en el artículo 13 CP, y del artículo 44 CP, que consagra los derechos de los menores. En esa sentencia, la Corte concluyó que si la teleología de la licencia de paternidad era la de hacer efectivo el interés superior del niño o la niña a recibir el cuidado y el amor de manera plena por parte de su padre, el requisito de la convivencia, y más aún, por dos años, que exigía el inciso impugnado, no resultaba razonable, pues, independientemente de que se dieran o no esas circunstancias, al recién nacido no se le podía privar del derecho fundamental al amor y cuidado de su progenitor. Por lo anterior, decidí declarar inexecutable las expresiones “*solo*”, “*permanente*” y “*En este último caso se requerirán dos (2) años de convivencia*”, del inciso tercero del artículo 1º de la Ley 755 de 2002, y executable el resto del segmento normativo del inciso tercero del artículo 1º de la Ley 755 de 2002.

(ii) En la Sentencia C-152 de 2003<sup>[3]</sup> la Corte examinó la constitucionalidad de la expresión “*La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS*”, contenida en el inciso 5º del artículo 1º de la Ley 755 de 2002, por el cargo de violación del derecho a la igualdad, encontrando la expresión acusada executable por dicho cargo.

(iii) Mediante la Sentencia C-174 de 2009<sup>[4]</sup> la Corte conoció de una expresión contenida en el inciso 10 del artículo 1º de la Ley 755 de 2002, que modificó el párrafo del artículo 236 del CST, según la cual el esposo o compañero permanente tendría derecho a “cuatro (4) días de licencia remunerada de paternidad en el caso que sólo el padre esté cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el evento en que ambos padres estén cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se concederán al padre”. Esta expresión fue acusada de violar el derecho a la igualdad y los cargos de la demanda se fundaban en la diferencia del término de la licencia de paternidad del hombre cuya esposa o compañera permanente no cotizara al Sistema General de Seguridad Social en Salud, respecto de aquél cuya esposa o compañera permanente sí cotizara, lo cual se acusaba como discriminatorio y violatorio del artículo 44 de la Constitución Política. A este respecto, la Corte recordó que si bien el Legislador tenía una potestad de configuración en materia de seguridad social, la misma no era absoluta, por cuanto estaba limitada por los valores, principios y derechos consagrados en la Carta Política, y por consiguiente encontró que la medida era discriminatoria.

(iv) Finalmente, en la Sentencia C-663 de 2009<sup>[5]</sup>, la Corte conoció nuevamente de un aparte del artículo 1º de la Ley 755 de 2002 por la cual se modifica el párrafo del artículo 236 del CST, según el cual “*La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS, para lo cual se*



**requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las cien (100) semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad**". En esa sentencia, la Corte reiteró los criterios y las reglas jurisprudenciales ya sentados por esta Corporación en relación con la licencia de paternidad, y con base en ello, concluyó la inexequibilidad de la expresión "*cien (100)*" contenida en el inciso 5° del artículo 1° de la Ley 755 de 2002, así como la exequibilidad condicionada de la expresión "*para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad*", "*en el entendido que para el reconocimiento de la licencia de paternidad, la EPS respectiva sólo podrá exigir el número de semanas de cotización correspondientes al período de gestación, en los términos en que se reconoce la licencia de maternidad*".

**4.3** En todos estos pronunciamientos, la Corte ha desarrollado el fundamento y alcance normativo constitucional de la institución de la licencia de paternidad, con fundamento en los argumentos y consideraciones que a continuación se sintetizan:

(i) La jurisprudencia ha realizado un recuento de (a) de la evolución de la licencia de paternidad en el derecho comparado, cuya figura tuvo su origen en la OIT, en la Recomendación 165 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares e instituyó la *licencia parental*, y en el Convenio 156 de 1981 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares; (b) del reconocimiento de la licencia de paternidad y su aplicación gradual en los países miembros de la OIT; y (c) de la doctrina de la protección integral de los menores, plasmada en la Convención Internacional de los Derechos del Niño y en otros documentos internacionales de derechos humanos<sup>[6]</sup>.

(ii) Esta Corporación ha desarrollado el tema del reconocimiento de la licencia de paternidad consagrado en el artículo 236 del CST, esencialmente con base en los siguientes argumentos: (a) el interés superior del niño; (b) el derecho fundamental de los niños al cuidado y al amor; (c) el nuevo concepto de paternidad y el papel del padre en la garantía plena de los derechos del menor; (d) la especial naturaleza y características de la licencia de paternidad; (e) el reconocimiento de la licencia de paternidad igualmente a los padres adoptantes; y (f) la licencia de paternidad como derecho fundamental y subjetivo del padre.<sup>[7]</sup>

(iii) En relación con el *principio del interés superior del menor*, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado el alcance normativo del artículo 44 Superior, el cual dispone que "*los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás*". Igualmente, ha puesto de relieve que este principio se encuentra consagrado en el numeral 1° del artículo tercero de la Convención de los Derechos del Niño, en virtud del cual "*1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño*"<sup>[8]</sup>. Así mismo, este principio se encuentra en otros instrumentos internacionales, como la declaración de Ginebra de 1924, la cual estableció el imperativo de darle a los niños lo mejor, con frases como "*los niños primero*", y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, y su posterior incorporación en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (arts. 5 y 16).

Acerca de este principio, la jurisprudencia constitucional ha resaltado el carácter garantista de dicho principio, el cual se expresa a través de la plena garantía de los derechos de los menores.



A este respecto, este Tribunal ha afirmado que “[e]l interés superior del niño constituye entonces un principio garantista, ya que su razón de ser, su esencia, es la plena satisfacción de los derechos de los menores. En este sentido resulta claro que el contenido del principio son los propios derechos de los niños, y por ello en este caso puede decirse que interés y derecho se identifican”<sup>[9]</sup>

La Corte ha resaltado, que una de las formas principales en que se garantiza este interés superior al recién nacido es la garantía del reconocimiento de la licencia de maternidad y paternidad, por cuanto con ello se le posibilita al menor el poder recibir cuidado y amor de manera plena en la época inmediatamente posterior a su nacimiento. De esta manera, la licencia de paternidad permite al padre comprometerse con mayor fuerza en su paternidad bajo un clima adecuado para que la niña o el niño alcance su pleno desarrollo físico y emocional.<sup>[10]</sup>

En este sentido, el principio del interés superior del niño tiene una relevancia especial para la determinación de las relaciones parentales, ya que este principio “está llamado a orientar los derechos y responsabilidades de los padres en la crianza y educación del hijo y el deber del Estado de garantizarlos y apoyarlos.”<sup>[11]</sup>

De otra parte, la jurisprudencia constitucional ha expresado sobre este principio que su plena satisfacción constituye un imperativo constitucional a través de la garantía de todos los derechos fundamentales del menor. Así mismo, ha insistido en que este principio cumple un importante papel hermenéutico, pues permite resolver eventuales conflictos de derechos en favor de los menores y llenar vacíos legales en la toma de decisiones políticas, administrativas o judiciales, de forma que siempre se adopte “aquella medida que asegure la máxima satisfacción de los derechos de los niños que sea posible y la menor restricción de los mismos, no sólo considerando el número de derechos afectados sino también su importancia relativa.”<sup>[12]</sup>

(iv) Acerca del *derecho del menor al cuidado y amor*, consagrado en el artículo 44 de la Carta Política, la jurisprudencia constitucional ha expresado que éste se encuentra en relación directa e intrínseca con el principio *del interés superior del niño* y que se encuentra primeramente a cargo de la familia y la sociedad, como también subsidiariamente del Estado, a quien corresponde el deber de asistir y proteger a los menores y, de manera principal, auspiciar el cuidado y amor hacia los infantes mediante diferentes mecanismos y estrategias que propicien el desarrollo integral de los menores.<sup>[13]</sup> En este sentido, los primeros obligados a dar protección y amor al niño son sus padres, de manera que todo niño tiene derecho a ser tratado con amor por parte de sus padres.<sup>[14]</sup>

A este respecto, la Corte ha sostenido que “de acuerdo con la Constitución, el derecho fundamental de los niños al cuidado y amor, debe ser prodigado por la familia, en primer lugar, y por la sociedad, correspondiéndole también al Estado la tarea de asistirlos y protegerlos así como estimular tales conductas y apoyar su cumplimiento mediante la adopción de mecanismos legales y la ejecución de políticas orientadas hacia su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”.<sup>[15]</sup>

El derecho al cuidado y al amor se deriva de la especial condición de vulnerabilidad del menor, de su estado de inmadurez física y mental del niño, circunstancias que obligan a una adecuada protección legal, tanto antes como después del nacimiento. Este derecho encuentra su fundamento no solo en la Constitución, sino en distintos instrumentos internacionales,



especialmente en la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y aprobada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, en la cual se han establecido claros compromisos para los Estados en relación con el derecho al cuidado y al amor, los cuales han sido reseñados ampliamente por la jurisprudencia de esta Corporación.<sup>[16]</sup>

(v) La *protección constitucional reforzada del menor* implica una protección complementaria para los niños, niñas y adolescentes, de manera que, además de las normas que consagran derechos especiales que les son directamente aplicables, los menores son beneficiarios de todos aquellos preceptos que de manera general se aplican a todas las personas. Este principio de protección se encuentra en armonía y se deriva del principio del *interés superior del niño*, reconocido en el artículo 44 de la Constitución Política.<sup>[17]</sup>

(vi) De otra parte, la jurisprudencia constitucional se ha referido al *significado y nuevo concepto de paternidad*, y para ello ha realizado un extenso estudio sobre la evolución sociológica de la noción de paternidad y del papel del padre en la relación paterno filial, concluyendo que si bien no existe un rol paterno único al cual todos los padres deben aspirar, es claro que la psicología y en general las ciencias sociales postulan que la presencia activa, participativa y permanente del padre es fundamental en el desarrollo del hijo, y que el asumir el papel de padre en forma consciente y responsable garantiza al niño o a la niña el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales, especialmente el derecho al cuidado y amor para su desarrollo armónico e integral.<sup>[18]</sup>

En este sentido, la Corte ha resaltado la importancia del hecho de que el padre se involucre activa, consciente y responsablemente en la crianza de sus hijos, *brindándoles asistencia, protección, cuidado y amor desde los primeros días de vida*, lo cual es fundamental para su desarrollo armónico e integral, como parte esencial de la garantía de los derechos del menor, de conformidad con los artículos 42 y 44 de la Constitución.<sup>[19]</sup>

(vii) En cuanto a la naturaleza y características del derecho a la licencia de paternidad remunerada, la jurisprudencia de esta Corte ha resaltado que este derecho constituye un desarrollo y una aplicación del principio *del interés superior del menor*, como también del *derecho al amor y cuidado de los niños y niñas*, mediante la implementación de un mecanismo legislativo que, como corolario del artículo 44 superior, *“garantiza al infante que el progenitor estará presente y lo acompañará durante las primeras horas siguientes a su nacimiento, brindándole el cariño, la atención, el apoyo y la seguridad física y emocional necesaria para su desarrollo integral, con miras a la posterior incorporación del menor a la sociedad”*.<sup>[20]</sup>

En este orden de ideas, la Corte ha sostenido que el establecimiento del derecho a la licencia remunerada de paternidad ha obedecido **“a la necesidad de hacer prevalecer el interés superior del niño dotándolo de un mecanismo legal orientado a hacer realidad el mandato del artículo 44 Superior en cuanto pretende garantizarle su derecho fundamental al cuidado y amor especialmente en los primeros días de su existencia”**.<sup>[21]</sup> (Resalta la Sala) Igualmente, ha sostenido que es claro que la licencia de paternidad no ha sido concebida *“como un premio o una gracia que se concede al trabajador por el simple hecho de la paternidad o para que se dedique a celebrar la llegada del hijo, sino como una garantía del pleno ejercicio de los derechos fundamentales del niño y especialmente el de recibir cuidado y amor”*.<sup>[22]</sup> (Énfasis de la Sala) Así las cosas, el periodo que el Legislador concede



como licencia remunerada de paternidad, no ha sido concebido como un beneficio caprichoso, sino como un derecho que tiene la finalidad de garantizar el pleno goce de los derechos fundamentales del menor a través de la asistencia, cuidado y amor que debe recibir el menor por parte de su padre.<sup>[23]</sup>

(viii) La licencia de paternidad ha sido reconocida jurídicamente a nivel internacional por parte de la OIT, así como a nivel interno por parte de normas como el artículo 236 del CST, que ha sido modificado en varias oportunidades, por el artículo 34 de la Ley 50 de 1990, el artículo 1º de la Ley 755 de 2002, y el artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, que ahora se demanda. Sobre la consagración legal de la licencia de paternidad, la jurisprudencia constitucional ha recordado que la intención del Legislador al crear y regular este derecho ha sido la de *“permitir al recién nacido el ejercicio de sus derechos fundamentales y especialmente el de recibir cuidado y amor de manera plena en la época inmediatamente posterior a su nacimiento. Dicha licencia permite al padre, y en el interés superior de su hijo, comprometerse con su paternidad en un clima propicio para que el niño alcance su pleno desarrollo físico y emocional”*.<sup>[24]</sup>

En consecuencia, la licencia remunerada de paternidad consagrada legalmente opera en favor del padre que ha decidido responsablemente acompañar a su hijo en los primeros momentos de vida, ya que lo que se busca es proteger el interés superior del niño, de manera que conlleva una responsabilidad para el padre de acompañar y cuidar al hijo, brindándole la ayuda y el apoyo necesarios en los días posteriores a su nacimiento. La jurisprudencia de esta Corporación ha recordado a este respecto, que a nivel interno, la consagración de la licencia de paternidad obedeció a *“la necesidad de hacer prevalecer el interés superior del niño dotándolo de un mecanismo legal orientado a hacer realidad el mandato del artículo 44 Superior en cuanto pretende garantizarle su derecho fundamental al cuidado y amor especialmente en los primeros días de su existencia, permitiéndole en esos días, no solo la compañía permanente de la madre sino también la del padre, para su desarrollo armónico e integral”*.<sup>[25]</sup>

Concluyó la Corte que el objetivo del Legislador respecto de este derecho consiste en que, *“compartiendo el padre con el hijo ése tiempo tan preciado, se atienda su interés superior, permitiéndole iniciar su formación de una manera sólida para fortalecer los vínculos paterno-filiales, pues de esta manera se garantiza su desarrollo armónico e integral y se asume de manera significativa la responsabilidad de la paternidad”*.<sup>[26]</sup>

(ix) De otra parte, los pronunciamientos de esta Corte han sido claros igualmente al exponer que la licencia de paternidad debe ser reconocida y aplicada también para los padres adoptantes independientemente de la edad del menor. En este sentido, mediante la Sentencia C-543 de 2010<sup>[27]</sup>, esta Corporación se manifestó en relación con la declaratoria de inconstitucionalidad de la edad como criterio restrictivo para que a los adoptantes de infantes y adolescentes mayores de 7 años, se les reconozca y pague la licencia de maternidad o de paternidad. En dicho pronunciamiento, la Corte consideró que excluir del reconocimiento y pago de la licencia de maternidad a las personas adoptantes mayores de siete años –incluidos los padres adoptantes sin cónyuge o compañera permanente–, y a los adoptables mayores de siete años, desconoce el mandato de igual trato del artículo 13 constitucional, así como el mandato del artículo 42 Superior, que ordena el reconocimiento de los mismos derechos y obligaciones a todos los hijos de la familia y el interés superior de la niñez del artículo 44 CP. Lo anterior, máxime si se tiene en cuenta, que el grupo de adoptables mayores de siete (7) años requiere de mayor acompañamiento y protección en su proceso de integración en su nuevo hogar. Ahora bien, no



obstante que en dicho pronunciamiento la Corte se refirió al caso de los padres adoptantes sin esposa o compañera permanente, las consideraciones vertidas en esa oportunidad, son extensivas al reconocimiento de la licencia de paternidad a todos los padres adoptantes e hijos adoptivos, independientemente de la edad del menor y de la relación de pareja legal o extralegal del padre adoptante.

En punto a este tema, esta Corporación reitera los argumentos relativos a: (a) la equiparación del parto a la adopción, con el fin de proteger los derechos de los niños y niñas que han sido adoptados, razón por la cual no es admisible que se prive del goce de un conjunto de prestaciones encaminadas a asegurar la integración de la nueva familia en condiciones de calidad y de dignidad, independientemente de la edad del menor; (b) la igual relevancia del tiempo inicial de integración familiar, tanto para los procesos de parto como para los procesos de adopción independientemente de la edad del menor; (c) la especial importancia que merecen las adopciones, las cuales requieren un mayor compromiso y acompañamiento durante el periodo de adaptación e integración a un nuevo núcleo familiar, teniendo en cuenta las situaciones, en su mayoría difíciles para los menores, que preceden a la adopción; (d) los intereses superiores de los menores y el carácter amplio con que la jurisprudencia constitucional ha interpretado el concepto de infancia y adolescencia.<sup>[28]</sup>

(x) Finalmente, la Corte pone de relieve que el derecho a la licencia de paternidad constituye no solo un derecho derivado del interés superior del menor, sino también un *derecho fundamental del padre*, derivado del derecho a la familia –art.42 CP-, y del derecho a la libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-.

En este sentido, la jurisprudencia de esta Corte ha precisado que no solo los derechos de los niños y el interés superior del menor fundamentan el derecho a la licencia de paternidad, sino que ésta constituye también un derecho fundamental del padre.<sup>[29]</sup> Así, ha encontrado que este derecho se deriva de la conformación de una familia, protegida por el artículo 42 Superior, en donde se afirma que *"el Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia"*. De este precepto Superior se deriva entonces para la Corte *"la obligación en que está el legislador de propiciar las circunstancias para que los trabajadores hombres puedan conciliar el trabajo y la vida familiar, mediante el reconocimiento de un breve período alrededor de la fecha del nacimiento de sus hijos(as). Adicionalmente, la protección a la familia también implica, en virtud del principio de solidaridad, el derecho – deber que se radica en cabeza del padre, de asistir a su hijo(a) recién nacido en los primeros momentos de su vida, y la madre durante el parto y en el período inmediatamente siguiente, cuando ella es vulnerable y merece especial cuidado por parte suya, del Estado, los empleadores y la sociedad"*<sup>[30]</sup>. Así las cosas, esta Corporación ha relacionado directamente tanto el derecho a la maternidad como el derecho a la paternidad, con la protección que el Estado debe dar a la familia.<sup>[31]</sup>

En consecuencia, la Corte ha concluido que el derecho a la licencia de paternidad es un derecho subjetivo del padre, desarrollo del derecho constitucional de conformar una familia y de protección de la misma, de conformidad con los artículos 42, 43 y 44 Superiores. A este respecto, ha sostenido que *"el derecho a la licencia de paternidad, en relación con el padre, es un derecho subjetivo, que constituye un desarrollo del derecho constitucional a fundar una familia, y que tiene como fin cumplir la obligación estatal de dar protección a la misma, a la maternidad y a los menores, impuesta por los artículos 42, 43 y 44 de la Constitución Política. Como esa obligación, además, corresponde al Estado, la determinación del legislador*



de prever una licencia de paternidad constituye una concreción de la obligación constitucional de adopción de medidas impuesta por los mismos artículos.”<sup>1321</sup>

De otra parte, el derecho a la licencia de paternidad se encuentra íntimamente articulado con el principio fundante de la dignidad humana –art.1 CP- y con el derecho a la libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-. Así, de un lado, este derecho aparece relacionado con la dignidad humana, que es un principio fundante del Estado colombiano -art.1 CP-, en la medida en que el reconocimiento de la licencia de paternidad a todo padre, presupone la idea misma del padre como persona jurídica y moral, sujeto de derechos, esto es, como ser humano digno, libre e igual, que tiene un valor inherente a su condición de persona, el cual es inajenable e intransferible, razón por la cual constituye siempre un fin valioso en sí mismo. Este reconocimiento impide la consagración de normas discriminatorias o devaluadoras de la personalidad moral y jurídica, y promueve la libertad y los derechos fundamentales de la persona humana en el desarrollo de sus diferentes elementos, aspectos y ámbitos, así como el desempeño de sus diferentes roles en la familia y en la sociedad, uno de cuyos más importantes es el de la paternidad.

Igualmente, la Constitución consagra el derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 16 CP) que, como constituye la consagración constitucional de la libertad y autonomía de la persona humana, de manera que como ya lo ha destacado esta Corporación, no es más que la formulación de la libertad *in nuce*, pues establece el principio de autonomía de las personas, en cuanto a que "*es la propia persona (y no nadie por ella) quien debe darle sentido a su existencia y, en armonía con él, un rumbo*"<sup>24</sup>. Por tanto, el principio de autonomía implica el derecho irrenunciable de cada persona, de conformidad con su concepto de lo bueno y siguiendo su propio ideal de perfección humana, de poder diseñar e implementar un plan de vida propio, dentro de la órbita de su libertad moral y jurídica, y atendiendo únicamente a los límites que le imponen la libertad y los derechos de los demás. Ahora bien, un elemento esencial de todo ser humano para desarrollarse como persona digna, libre e igual, es la posibilidad de relacionarse con otros seres humanos, de conformar una familia, y de reproducirse, procrear o concebir hijos, así como de adoptar. Por tanto, una regulación legal que imponga una restricción al reconocimiento de la licencia de paternidad a todos los padres por igual, sin una justificación constitucionalmente válida, constituye una vulneración al libre desarrollo de la personalidad, derecho fundamental de rango constitucional.

Todo lo anterior muestra que el derecho al libre desarrollo de la personalidad, como expresión primigenia de la dignidad humana, no puede tener una consagración meramente formal, sino que tiene que tener un sustento en la realidad fáctica y jurídica de las relaciones humanas a fin de que se respete la igual dignidad de todos los seres humanos, en cuanto sujetos morales, y su derecho a estructurar y desarrollar de manera autónoma su personalidad y expresarla a través de la implementación de su propio proyecto de vida en las distintas facetas, que incluye de manera palmaria la paternidad.

Con fundamento en las anteriores consideraciones que establecen las normas constitucionales, y las reglas y criterios jurisprudenciales más importantes en relación con la licencia de paternidad, pasa la Corte a analizar las expresiones demandadas del párrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011.

## 5. Análisis de constitucionalidad de las expresiones demandadas



5.1 El artículo 1º de la Ley 1468 de 2011 modifica el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, en el cual se regula lo relativo al descanso remunerado en la época del parto o licencia de maternidad. El parágrafo 1º de ese mismo artículo, que se demanda parcialmente en esta oportunidad, consagra en su inciso primero que la trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las 14 semanas de licencia a que tiene derecho de acuerdo a la ley. En su inciso segundo, establece que el esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad, siendo la expresión “*esposo o compañero permanente*” contenida en este inciso la que ahora se demanda. El inciso cuarto determina que la licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos “*del cónyuge o de la compañera*”, siendo estas últimas expresiones las que se acusan en esta ocasión como inconstitucionales.

5.2 La Sala reitera aquí las reglas y criterios jurisprudenciales en relación con el fundamento constitucional, naturaleza y características de la licencia remunerada de paternidad, que son relevantes para el presente estudio de constitucionalidad<sup>[33]</sup>:

(i) El derecho a la licencia de paternidad hace parte de un sistema de principios y derechos relativos a la *garantía de la protección integral de los menores*, y encuentra fundamento constitucional en los artículos 1º, 5, 11, 42, 43, 44, 48, 49 y 50 que consagran la dignidad humana, el reconocimiento de los derechos inalienables, el derecho a la vida, el concepto de familia, la equidad de género, los derechos fundamentales de los niños, el derecho a la seguridad social, el derecho a la salud, y específicamente el derecho a la salud de menores de un año, respectivamente, todos los cuales ostentan la naturaleza de fundamental y de aplicación reforzada cuando sus titulares son menores de edad.

(ii) El derecho a la licencia de paternidad constituye un desarrollo del principio del “*interés superior del menor*”, consagrado en el artículo 44 Superior y en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y del derecho al cuidado y al amor.

(iii) En armonía con lo anterior, la finalidad de la licencia de paternidad es la de garantizar el interés superior del menor y el pleno goce efectivo de sus derechos, especialmente del derecho al cuidado y al amor de todos los niños y niñas por igual, el cual ha sido ampliamente reconocido, tanto por el derecho como por la jurisprudencia nacional e internacional.

(iv) La figura jurídica de la licencia de paternidad se funda en un nuevo concepto de paternidad, en el cual se pone de relieve la trascendental importancia de la presencia y del papel activo, consciente, responsable, participativo y permanente del padre, como fundamental para el desarrollo sano e integral del menor.

(v) La licencia de paternidad constituye igualmente un derecho fundamental del padre que se basa en el derecho a conformar una familia y en la especial protección que el Estado le debe brindar a la familia –art.42 CP-, así como en el principio de dignidad humana –art.1º CP-, y en la libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-.

(vi) La licencia de paternidad opera igualmente para el padre adoptivo, independientemente de la edad del menor adoptado.



(vii) Cuando el Legislador genera o crea exclusiones al regular el derecho a la licencia de paternidad, por tratarse de un derecho fundamental, se debe adelantar el examen de la proporcionalidad de la medida legislativa, que debe ser estricto<sup>[34]</sup>.

**5.3** Con fundamento en lo anterior, la Corte encuentra que las expresiones demandadas, “**El esposo o compañero permanente**” *tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad*”, y “*La licencia remunerada de paternidad opera por los hijos nacidos del cónyuge o de la compañera*”, contenidas en el parágrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, efectivamente vulneran los artículos 13, 43 y 44 de la Constitución Política. En efecto, tal y como lo alegan los demandantes, estas expresiones conllevan una restricción o limitación injustificada, al reconocer la licencia de paternidad solo para los padres que tengan la calidad de esposos, cónyuges o compañeros permanentes, excluyendo de dicho reconocimiento a los padres que no ostenten tal condición jurídica o legal, lo cual termina vulnerando el derecho a la igualdad –art.13 CP-, la equidad de género –art.43-, y los derechos de los niños y niñas y el interés superior del menor –art.44 CP-.

**5.3.1** Lo anterior, por cuanto la Corte evidencia que estas expresiones, al disponer que el derecho de licencia remunerada de paternidad opera solo para los *esposos o cónyuges* o para los hijos nacidos de la *cónyuge o de la compañera*, deja por fuera o excluye del reconocimiento de dicho derecho a los padres que sin ser esposos o compañeros permanentes, han decidido voluntariamente garantizar los derechos del hijo otorgándole dedicación, atención y cuidado, así dicha atención y cuidado no se presente dentro del entorno familiar biparental que brinda el matrimonio o la unión marital de hecho. En este sentido, la Sala encuentra que no es requisito necesario la convivencia del padre con la madre, o la existencia de un vínculo legal o extralegal entre ellos, para que los padres puedan ejercer su paternidad responsable.

En el caso bajo análisis, se ha establecido que la licencia de paternidad regulada por el artículo 236 del CST, modificado por el artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, que ahora se demanda, fue instituida por el Legislador con el propósito fundamental de satisfacer el interés superior del niño a recibir el cuidado y amor del padre en los primeros momentos de vida (art. 44 de la CP), como un factor que se considera necesario y determinante en el desarrollo armónico e integral del menor.

En cuanto al interés superior del menor, es de recordar que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás, y que este interés superior del menor se expresa en el derecho fundamental al cuidado y al amor del recién nacido, que es el objetivo primordial de la licencia de paternidad, esto es, que el menor tenga y pueda recibir en sus primeros días de vida el amor y cuidado por parte de su padre. Por esta razón, encuentra la Corte que excluir y discriminar a los padres que no tengan la calidad de esposos, cónyuges o compañeros permanentes, priva al menor recién nacido de este derecho fundamental, independientemente de la relación, convivencia o vínculo que tenga con su madre, y que por tanto, esta regulación consagra un contenido normativo que se encuentra en contravía del interés superior del menor, de la plena garantía de los derechos fundamentales de los niños y niñas, y transgrede los artículos 43, 44 y 13 Superiores.

En armonía con lo anterior, la Sala colige que el precepto demandado, al establecer que la licencia de paternidad opera solo por los hijos de la cónyuge o compañera permanente, consagra una discriminación para los hijos procreados fuera del matrimonio o de la unión marital



de hecho, ya que todos los niños, sin discriminación alguna, tienen los mismos derechos fundamentales y deben recibir la misma protección por parte del Estado, sea cual sea la situación legal de sus padres, y sea cual fuere su filiación. Por tanto, la condición de hijos de la cónyuge o compañera permanente, no debe constituir una limitante para el goce efectivo de sus derechos fundamentales, y del derecho a recibir el cuidado y amor necesarios en sus primeros días de vida, independientemente de la convivencia o del vínculo legal o jurídico que exista entre padre y madre, o de la filiación del menor, ya que ello no determina la obligación y responsabilidad que tiene el padre para con su hijo. De esta manera, la norma, tal y como se encuentra consagrada, implica una afectación de los artículos 13, 43 y 44 de la CP.

En punto a este tema, es necesario recordar aquí que, desde el punto de vista constitucional, todos los hijos menores cuentan con plena igualdad de derechos, sin que sea posible entrar a realizar categorizaciones entre ellos, razón por la cual se les debe garantizar todos los derechos fundamentales por igual. También es de recabar, que todos los padres tienen las mismas obligaciones y responsabilidades respecto de sus hijos, sean éstos nacidos de la cónyuge, de la compañera permanente, de una madre con la cual no convivan o no tengan vínculo legal o jurídico alguno, o sean éstos adoptivos -art. 250 inciso 2º del Código Civil-. De esta manera, para la Corte es claro que con el nacimiento de un niño los padres adquieren un compromiso constitucional y legal de cuidarlo, protegerlo y satisfacer sus necesidades sin distinción alguna. Igualmente, es de mencionar que ni el Código de la Infancia y Adolescencia, ni el Código Penal, hacen referencia alguna a la condición que deban tener los padres para asumir sus responsabilidades con respecto a sus hijos.

**5.3.2** Adicionalmente, la Sala encuentra que de una interpretación sistemática con el resto del párrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, se concluye que la única condición que impone la norma para el otorgamiento de la licencia de paternidad es la acreditación de la condición de padre a través del registro civil de nacimiento del menor, de conformidad con el inciso 5º del párrafo 1º del art. 1º mencionado. De esta manera, se observa que la misma norma establece solamente como requisito para otorgar la licencia de paternidad el presentar el registro civil de nacimiento del menor, y no exige por tanto demostrar la condición de cónyuge o compañero permanente de la madre. De este modo, de una interpretación sistemática la Sala colige que el único requisito que exige la norma para el otorgamiento de la licencia de paternidad es el registro civil de nacimiento, esto es, la acreditación de la condición de padre del menor, sin importar la condición o vínculo legal o jurídico del padre respecto de la madre.

**5.3.3** Siendo pues el derecho fundamental al cuidado y al amor, y la efectividad del interés superior del menor, los objetivos esenciales de la licencia de paternidad, entonces, la determinación consignada en el párrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, bajo análisis, consistente en limitar la procedencia de la licencia de paternidad para los esposos o compañeros permanentes, o para los hijos de la cónyuge o compañera permanente, no resulta razonable ni proporcionada a la luz de las normas constitucionales –artículos 1º, 13, 43, 44- y los parámetros y criterios de la jurisprudencia constitucional que han determinado el alcance normativo de la licencia de paternidad, que se han expuesto en esta providencia.

En punto a este tema, la Sala pone una vez más de relieve, que el interés superior del menor y la efectividad del derecho del recién nacido al cuidado y amor del padre se debe llevar a cabo de manera prevalente, ***“aún por encima del vínculo legal o relación del padre con la madre, esto es, de la calidad de esposos de los padres, de compañeros permanentes, o de la***



**convivencia efectiva entre los padres del menor**”, tema que ya fue dilucidado y esclarecido por esta Corte en anterior oportunidad –sentencia C-273 de 2003-, y que así mismo, este derecho debe operar para todos los hijos, y no solo para los hijos de la esposa o compañera permanente, con el fin de hacer realmente efectivo los derechos fundamentales de los niños, el interés superior del menor y el derecho al cuidado y al amor del menor –art.44 Superior-, así como para reconocer y garantizar este derecho fundamental del padre, fundado no solo en el derecho a la conformación de una familia –art.42 CP-, sino en el derecho a la libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad –art.16 Superior-.

Así las cosas, la Sala reitera su jurisprudencia en el sentido de que *“si la teleología de la licencia de paternidad es la de hacer efectivo el interés superior del niño a recibir el cuidado y al amor de manera plena por parte de su padre, propiciando de esta forma un ambiente benéfico para el desarrollo integral del mismo, el requisito del matrimonio para que exista la calidad de esposo o de cónyuge, o el requisito de la convivencia por un tiempo determinado para que exista la calidad de compañeros permanentes, no resulta razonable, como quiera que, independientemente que se den o no estas circunstancias, al recién nacido no se le puede privar del derecho fundamental al amor y cuidado de su padre”*.<sup>[35]</sup>

De conformidad con lo anterior, constata la Sala que no existe justificación razonable para que la norma no reconozca como beneficiario de la licencia de paternidad al padre que no sea esposo o compañero permanente de la madre, que no conviva al momento del nacimiento de su hijo con la madre, o que se excluya a los hijos que no sean de la cónyuge o compañera permanente, ya que la jurisprudencia de esta Corte ha reconocido que *“es incuestionable que no mediando estos eventos el niño también tiene derecho a la cercanía y cuidados de su progenitor, pues el hecho de la convivencia entre los padres no puede ser oponible al interés superior del recién nacido a recibir el cuidado y amor por parte de su padre”*.<sup>[36]</sup> (Resalta la Sala)

**5.3.4** En este orden de ideas, la Corte evidencia que las expresiones acusadas no superan tampoco el test estricto de razonabilidad y proporcionalidad, ya que estas disposiciones no cumplen con los requisitos de (i) responder a una finalidad constitucionalmente legítima, (ii) ser medidas adecuadas y necesarias para la consecución de dicha finalidad constitucional, y (iii) ser proporcionales en sentido estricto.

(i) Así, las expresiones acusadas no cumplen cabalmente las finalidades constitucionales imperativas consagradas en el artículo 44 Superior, que sirven de fundamento a la licencia de paternidad y que hacen referencia a la garantía de los derechos fundamentales de los niños y niñas, a la protección de todos los niños y niñas por igual, y al derecho al cuidado y al amor de todos los menores, especialmente de los recién nacidos, finalidades a través de las cuales se hace efectivo el interés superior del menor, ya que deja sin protección a los padres e hijos que no cumplen con las condiciones exigidas por la norma acusada. Adicionalmente, estas expresiones no cumplen con la finalidad constitucional de garantizar plenamente el derecho fundamental de todos los padres responsables a la licencia de paternidad, con base en el principio de dignidad humana –art.1 CP-, y los derechos a la conformación de una familia -42 CP- y al libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-. Lo anterior, por cuanto los enunciados objetados constitucionalmente imponen limitaciones y restricciones al reconocimiento igualitario del derecho fundamental a la licencia de paternidad, la cual solo se reconoce a los padres que tengan la condición de esposos o compañeros permanentes de la madre, y opera solo para los hijos nacidos de la cónyuge o de la compañera permanente, restricción que a juicio de la Corte,



no sólo no cumple plenamente con las finalidades constitucionales mencionadas, sino que las contraría, al privar del beneficio de la licencia de paternidad a aquellos padres e hijos que no satisfacen los requisitos impuestos por la norma, vulnerando con ello las finalidades constitucionales consagradas en el derecho a la igualdad de padres e hijos –art.13 CP-, los derechos fundamentales de los menores, especialmente el derecho al cuidado y al amor, y el interés superior del menor –art.44-; y el derecho fundamental del padre a la licencia remunerada con fundamento en la dignidad humana –art.1 CP-, la protección de la familia –art.42 CP-, y el libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-.

(ii) En concordancia con la premisa anterior, las expresiones demandadas tampoco cumplen con los requisitos de adecuación y necesidad respecto de las finalidades constitucionales mencionadas, ya que no constituyen medidas idóneas ni necesarias para garantizar de manera plena e igualitaria los derechos fundamentales de los niños y niñas, el derecho al cuidado y al amor de los menores recién nacidos, y garantizar el interés superior del menor –art.44 Superior-, en razón a que excluyen del reconocimiento de la licencia de paternidad a los padres que no ostenten la calidad de esposos o compañeros permanentes de la madre, y del beneficio buscado con este derecho a los menores que no sean hijos de la cónyuge o compañera permanente; lo cual no solo no es adecuado, ni necesario a la consecución de las finalidades constitucionales que sirven de fundamento a la licencia de paternidad, sino que las contrarían claramente, vulnerando especialmente el derecho a la igualdad de padres e hijos –art.13 CP-, los derechos fundamentales de todos los niños y niñas por igual, especialmente el derecho al cuidado y al amor –art.44 CP-, la equidad de género –art.43 CP-, y el derecho fundamental del padre a la licencia de paternidad con fundamento en los artículos 1º, 16 y 42 de la Carta Política.

(iii) Finalmente, las expresiones demandadas no cumplen con la exigencia de proporcionalidad en sentido estricto, ya que afectan de manera grave el derecho fundamental de los menores recién nacidos al cuidado y al amor –art.44 CP-, el cual se concretiza a través de la licencia de paternidad, así como el derecho fundamental del padre al reconocimiento de esta licencia remunerada, con fundamento en los artículos 42 y 16 CP, al no reconocer este derecho a todos los padres responsables por igual para la asistencia, cuidado y amor que deben brindarle a sus hijos en sus primeros días de vida, independientemente del vínculo o relación legal o jurídica que tengan con la madre, y al no reconocer a todos los hijos por igual el derecho al cuidado y al amor que se busca proteger a través del beneficio de la licencia de paternidad. Por el contrario, en criterio de la Corte, los segmentos normativos acusados tienen el alcance de restringir desproporcionadamente el acceso al disfrute de la licencia de paternidad, pues, ciertamente, sólo cuando el padre cumpla con el requisito de ser esposo o compañero permanente, o cuando se trate de hijos de la cónyuge o compañera permanente, operará la licencia de paternidad, de manera que solo en estos casos los padres podrán acceder a este derecho fundamental y los hijos podrán beneficiarse de ello, lo cual supone igualmente una restricción que afecta de manera irrazonable, injustificada y desproporcionada varios derechos fundamentales, tales como la igualdad –art.13 CP-, los derechos fundamentales de los menores, especialmente el derecho al cuidado y al amor –art.44 CP, y el derecho fundamental en cabeza del padre a la licencia remunerada de paternidad con base en los artículos 1º, 16 y 42 CP.

(iv) En síntesis, concluye la Sala que las expresiones demandadas no cumplen ni con las finalidades constitucionales que sirven de sustento al derecho fundamental a la licencia de paternidad, relativas a los derechos fundamentales de los menores, el interés superior del menor y el goce efectivo del derecho al cuidado y al amor del menor –art.44 CP-, ni con la garantía del



derecho fundamental en cabeza del progenitor a la licencia remunerada de paternidad con base en los artículos 42 y 16 Superior; ni constituyen medidas adecuadas, ni necesarias para cumplir con estas finalidades constitucionales; y que resultan desproporcionadas al afectar de manera seria y grave estos mismos derechos fundamentales.

**5.3.5** Así las cosas, a juicio de la Corte, deben prosperar las razones de la demanda y de algunos intervinientes, en cuanto ponen de relieve que las expresiones acusadas solamente permiten que los niños y niñas recién nacidos(as) hijos de la cónyuge o compañera permanente o de padres trabajadores que tengan la calidad de esposos o compañeros permanentes, puedan disfrutar de la presencia de su padre durante los días inmediatamente siguientes a su nacimiento, lo cual afecta los derechos fundamentales de los menores –art.44 Superior- y el derecho a la igualdad –art.13 CP-.

De esta manera, la Sala insiste en que dado que la licencia de paternidad se orienta a satisfacer el derecho al cuidado y al amor a que tienen derecho todos los niños y niñas, según ha sido reconocido por la jurisprudencia nacional e internacional, evidentemente las expresiones demandadas implican una limitación, privación o negación de un derecho catalogado como de rango fundamental, a ciertos padres e hijos, cual es el derecho igualitario de todos los niños y niñas recién nacidos(as) a recibir cuidado y amor en los primeros días de su existencia, así como una restricción inconstitucional del derecho fundamental del padre y del menor a gozar, en condiciones de igualdad, de los beneficios derivados de la licencia de paternidad. Además, estas expresiones contienen un desconocimiento que afecta derechos en cabeza de sujetos de especial protección, como lo son los bebés recién nacidos, por su evidente condición de debilidad manifiesta.

Por tanto, a juicio de la Corte, la limitación que implica la norma para el goce del derecho fundamental a la licencia de paternidad, se funda en razones sospechosas desde el punto de vista constitucional, al distinguir entre padres que tengan la calidad de esposos o compañeros permanentes, y los padres que no ostentan tal calidad, y entre hijos nacidos de la cónyuge o compañera permanente, e hijos que no tienen esa condición. Para la Sala, estos criterios de clasificación pueden calificarse de *sospechosos*, en razón de que hacen depender la efectividad de un derecho fundamental en beneficio de sujetos de especial protección, como los son los niños y niñas recién nacidos(as), de que el padre tenga la calidad legal o jurídica de esposo o compañero permanente de la madre, o de que los recién nacidos sean hijos de la cónyuge o compañera permanente del padre, excluyendo de este beneficio y discriminando a una gran cantidad de menores que no son hijos de la cónyuge o compañera permanente del padre, o a los padres que no tienen la calidad de esposos o compañeros permanentes, lo cual resulta a todas luces violatorio del derecho a la igualdad de hijos y padres –art.13 CP-, del derecho a los derechos fundamentales de los niños y niñas, del derecho al cuidado y al amor, y del interés superior del menor –art. 44 CP-, de la equidad de género –art.43 CP-, y del derecho fundamental de los padres a la licencia remunerada para asistir a sus hijos durante los primeros días de vida, que encuentra fundamento en el principio de dignidad –art.1 CP-, y en los derechos a la conformación de una familia –art.42 CP-, y en el libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-.

**5.3.6** En síntesis, la Corte evidencia que efectivamente las expresiones acusadas tienen el efecto de permitir que, dentro del universo de los niños y niñas, sólo un grupo de ellos pueda ejercer el derecho a ser atendido por sus padres en el momento de nacer y en los días



inmediatamente subsiguientes. Por tanto, a juicio de la Sala, estas expresiones efectivamente implican una restricción al derecho a la igualdad –art.13-, y al derecho fundamental a recibir ayuda y amor, en cabeza de estos menores recién nacidos –art.44-, y por tanto no responde a criterios de razonabilidad y proporcionalidad que la justifiquen constitucionalmente. Adicionalmente, la Sala reitera que el derecho a la licencia de paternidad no solo es un derecho que se deriva del interés superior del menor y del derecho al cuidado y al amor –art.44 Superior-, sino que es un derecho fundamental del padre, que se fundamenta en la dignidad humana –art.1 CP-, en el derecho a la conformación de una familia –art.42 CP-, y en el derecho a la libertad, autonomía y libre desarrollo de la personalidad –art.16 CP-.

#### 5.4 Conclusiones

Con fundamento en lo expuesto, ha de concluirse que las expresiones “**El esposo o compañero permanente**” y “**del cónyuge o de la compañera**”, contenidas en el párrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, son contrarias al Estatuto Superior, especialmente a los artículos 13, 43 y 44 de la Carta, que consagran los derechos fundamentales de los niños al cuidado y amor, el derecho a la igualdad y la equidad de género. Lo anterior, por cuanto las expresiones acusadas del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011 no superan el test estricto de razonabilidad y proporcionalidad, toda vez que estas disposiciones no cumplen con los requisitos de (i) responder a una finalidad constitucionalmente legítima, (ii) ser medidas adecuadas y necesarias para la consecución de dicha finalidad constitucional y (iii) ser proporcionales en sentido estricto.

Adicionalmente, en relación con la expresión “*del cónyuge o de la compañera*”, la Corte evidencia que existe un error del Legislador en la redacción de la norma, específicamente en relación con la correcta utilización del artículo determinado para el género femenino, ya que el precepto se refiere a los hijos “*del cónyuge*”, cuando debería referirse a los hijos “*de la*” cónyuge, lo cual, aunque no constituye un problema de constitucionalidad, sí configura un yerro gramatical que afecta la semántica de la norma y configura una falla de técnica legislativa.

Así las cosas, esta Sala concuerda con las intervenciones del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y de la Universidad de Ibagué, en cuanto a que las expresiones demandadas, tal y como se encuentran redactadas, constituyen una limitación al reconocimiento a la licencia remunerada de paternidad, solo para aquellos padres que sean esposos, cónyuges o compañeros permanentes, y por tanto excluye el reconocimiento de este derecho a los padres que no tengan dichos vínculos de derecho o de hecho con la madre del menor, por cuanto estas exclusiones resultan violatorias del principio de igualdad –art.13 CP-, de la equidad de género –art.43 CP-, y de los derechos fundamentales de los menores y del interés superior del menor –art. 44 de la Carta-.

Igualmente, la Corte coincide con esas intervenciones y con el concepto del Procurador, en cuanto a que la solución para el presente estudio de constitucionalidad no puede ser la exclusión de las expresiones demandadas del ordenamiento jurídico, por cuanto la norma quedaría sin sujeto, con lo cual el precepto normativo perdería su sentido lógico. Para la Corte, lo que procede en este caso, es subsanar la discriminación que implica la limitación establecida por la norma, mediante unas declaratorias de exequibilidad condicionada, a través de las cuales se extienda el derecho a la licencia de paternidad a todos los padres, en condiciones de igualdad, e independientemente del vínculo legal o jurídico que tenga el padre con la madre; y así mismo, en favor de todos los hijos, independientemente de su filiación.



Por consiguiente, la Sala declarará la exequibilidad condicionada de la expresión “**El esposo o compañero permanente**” en el sentido de entender que estas expresiones se refieren al padre, independientemente de su condición de esposo, cónyuge o compañero permanente, esto es, atendiendo solo a la acreditación de su paternidad e independientemente de su vínculo legal o jurídico con la madre del menor. Así mismo, declarará la exequibilidad condicionada de la expresión “**del cónyuge o de la compañera**” en el entendido de que la licencia de paternidad opera para todos los hijos por igual, independientemente de su filiación.

## VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional de la República de Colombia, en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

### RESUELVE

**PRIMERO.- DECLARAR EXEQUIBLE** la expresión “*El esposo o compañero permanente*”, contenida en el parágrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, en el entendido de que estas expresiones se refieren a los padres en condiciones de igualdad, independientemente de su vínculo legal o jurídico con la madre.

**SEGUNDO.- DECLARAR EXEQUIBLE** la expresión “*del cónyuge o de la compañera*”, contenida en el parágrafo 1º del artículo 1º de la Ley 1468 de 2011, en el entendido de que la licencia de paternidad opera por los hijos en condiciones de igualdad, independientemente de su filiación.

Notifíquese, comuníquese, cúmplase e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 26 de 120

# **NORMATIVA**

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 27 de 120

## **II .DECRETOS**

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**DECRETO 3045 DE 2013**

(diciembre 27)

**por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el  
aseguramiento y se dictan otras disposiciones.**

El Presidente de la República de Colombia, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en particular, de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, en los artículos 154 y 230 parágrafo 1° de la Ley 100 de 1993 y en desarrollo del artículo 178 numeral 3 de la Ley 100 de 1993,

**CONSIDERANDO:**

Que corresponde al Estado garantizar el acceso al servicio de salud de la población colombiana, para lo cual dispone de las facultades de intervención orientadas entre otros, a preservar la observancia de los principios constitucionales y legales que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y a asegurar su carácter obligatorio;

Que la continuidad es un principio del SGSSS, conforme al cual, toda persona que ha ingresado a este tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad;

Que algunas circunstancias pueden afectar la operación de las Entidades Promotoras de Salud, como son: su retiro o liquidación voluntaria, la revocatoria de su autorización de funcionamiento o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o su intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, circunstancias que pueden generar dificultades en la continuidad en el aseguramiento de los afiliados, así como en su acceso oportuno y con calidad a la prestación de los servicios de salud;

Que en consideración a estas situaciones, a través del Decreto número 55 de 2007 y de los artículos 50 y 51 del Acuerdo número 415 de 2009 expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se establecieron mecanismos y procedimientos tendientes a superar estas dificultades en los regímenes contributivo y subsidiado respectivamente;

Que de la aplicación de estos mecanismos y procedimientos, de la evolución del papel de las entidades territoriales en la operación del régimen subsidiado y de las nuevas reglas del aseguramiento, se infiere la necesidad de unificarlos, haciéndolos más simples y expeditos;

Que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud son titulares de la facultad de libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud, la cual admite una limitación temporal y proporcional, en circunstancias bajo las cuales puede ponerse en riesgo el acceso oportuno y de calidad de los afiliados a la prestación de los servicios de salud;

Que por lo anterior, resulta necesario establecer un mecanismo único y excepcional para el traslado de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza



jurídica y el régimen en que operen, cuando quiera que estas se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de su autorización de funcionamiento o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud;

Que en mérito de lo expuesto,

**DECRETA:**

**Artículo 1°.** *Objeto y campo de aplicación.* El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones para garantizar la continuidad en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo o subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento del régimen contributivo o del certificado de habilitación para el régimen subsidiado o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 2°.** *Asignación de afiliados.* Es aquel mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS que se encuentren en alguna de las situaciones previstas en el artículo 1° del presente decreto a las EPS que operen o sean autorizadas para operar en el mismo régimen, en el municipio o departamento en donde venían operando las primeras. Ninguna EPS habilitada o autorizada podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

**Parágrafo.** El mecanismo de asignación de afiliados se aplicará cuando los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria, o revocan la autorización o habilitación de una EPS se encuentren debidamente ejecutoriados. Cuando se trate de intervenciones forzosas administrativas para liquidar, la asignación aplicará con la notificación del acto administrativo a la EPS por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 3°.** *Procedimiento de asignación de afiliados.* Una vez ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro o liquidación voluntaria o revocan la autorización o habilitación, o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, el liquidador o el representante legal de la EPS procederá a realizar la asignación de los afiliados entre las demás EPS habilitadas o autorizadas en cada municipio, teniendo en cuenta los siguientes términos y procedimientos:

Si el acto administrativo queda ejecutoriado o es notificado, según corresponda, dentro de los últimos quince (15) días del mes, la asignación de afiliados debe realizarse en los primeros quince (15) días del mes siguiente; en los demás casos la asignación de afiliados debe realizarse en el mismo mes de ejecutoria o notificación del acto administrativo. En todo caso las EPS que asignan los usuarios serán responsables del aseguramiento hasta el último día del mes en el cual se realiza la asignación. A partir del primer día del mes siguiente las Entidades Promotoras de Salud que reciben los usuarios asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los usuarios asignados. Transcurridos noventa (90) días, los afiliados asignados podrán escoger libremente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio de su residencia y que administren el régimen al cual pertenecen.



Los afiliados serán distribuidos por grupos familiares, con base en los siguientes criterios:

1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo se distribuirán el 50% en partes iguales entre las EPS que operen en cada municipio y el restante 50% en forma proporcional al número de afiliados de las EPS en cada entidad territorial.
2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo, se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las Entidades Promotoras de Salud que operen en el municipio en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral 1 del presente artículo.

De manera concomitante a la asignación, el liquidador o representante legal de la Entidad Promotora de Salud entregará la información de afiliación de la población, a cada una de las Entidades Promotoras de Salud a las que se les asignaron afiliados, para que estas, de conformidad con la normatividad vigente, registren la novedad de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados.

**Parágrafo.** Ejecutoriados los actos administrativos que autorizan el retiro voluntario, revocan la autorización o habilitación o notificado el acto administrativo que ordena la intervención forzosa para liquidar, quedarán suspendidos los traslados voluntarios de los afiliados de las EPS incursas en una de estas circunstancias.

**Artículo 4°.** *Procedimiento ante la ausencia de otras Entidades Promotoras de Salud.* Cuando la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones, determine que no es posible la asignación de los afiliados en municipios que no cuentan con otras Entidades Promotoras de Salud que administren el mismo régimen de aquellas que se retiran, invitará a las Entidades Promotoras de Salud, que operan en el mismo departamento o en su defecto, en departamentos circunvecinos, para que manifiesten su voluntad de recibir los afiliados. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a aquella entidad promotora de salud que cuente con el mayor número de afiliados de aquellas que hayan expresado su voluntad de recibirlos.

Si ninguna Entidad Promotora de Salud manifiesta la voluntad de recibir los afiliados, la Superintendencia Nacional de Salud definirá la Entidad Promotora de Salud que no haya sido sujeto de medidas administrativas en el último año y que cuente con el mayor número de afiliados en el departamento.

El liquidador o el representante legal de la EPS asignará los afiliados entre las Entidades Promotoras de Salud autorizadas en las condiciones antes señaladas, aplicando el procedimiento previsto en el artículo 3° del presente decreto.

**Parágrafo.** La aceptación expresada por la Entidad Promotora de Salud determina la autorización de operación del aseguramiento en todos los municipios del departamento, por lo tanto, se entenderán autorizadas para recibir afiliados sin necesidad de requisito previo, capacidad adicional o trámite especial; sin perjuicio de que transcurridos seis (6) meses después de la asignación, la Entidad Promotora de Salud deba solicitar la ampliación de cobertura geográfica y capacidad de afiliación, atendiendo las disposiciones que sobre el particular rigen la materia.



**Artículo 5°.** *Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que reciben los afiliados.* Además de las obligaciones propias de su naturaleza, las Entidades Promotoras de Salud que reciban los afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente decreto deberán:

1. Informar a los afiliados, mediante comunicación escrita, que han sido asignados a dicha Entidad Promotora de Salud, suministrando los números telefónicos, las direcciones electrónicas, el sitio web y la ubicación física donde pueden contactarse; la fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud y el derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de 90 días contados a partir de tal fecha.
2. Informar a empleadores, entidades públicas o privadas pagadoras de pensiones, a través de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que asumirá las funciones de aseguramiento, los datos de los sitios físicos, electrónicos y números telefónicos de contacto a través de los cuales ofrecerá atención e información sobre los afiliados asignados.
3. Disponer a través de su página electrónica, para consulta general el listado de afiliados asignados.

**Artículo 6°.** *Obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados.* El liquidador o el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud que asignan a sus afiliados a través del mecanismo de afiliación previsto en el presente decreto deberán:

1. Informar a los afiliados que han sido asignados a otra Entidad Promotora de Salud, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación en los lugares en que cumple funciones de aseguramiento.
2. Informar a los aportantes de los afiliados asignados, por medio de comunicación escrita, su obligación de cotizar a la EPS receptora y la fecha a partir de la cual debe hacerlo.
3. Entregar a cada una de las EPS receptoras la carpeta original con los documentos soporte de afiliación de cada afiliado asignado.
4. Entregar a cada una de las EPS receptoras, la base de datos de usuarios con fallos de tutela de cada afiliado asignado.
5. Disponer a través de su página electrónica, para consulta general el listado de afiliados asignados.
6. Realizar las acciones de cobro de las cotizaciones causadas hasta el momento del traslado efectivo de los afiliados, así como el proceso de compensación, de conformidad con la normatividad vigente.



**Artículo 7°.** *Obligaciones de recaudo y compensación.* Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que habiendo realizado asignación de afiliados recauden cotizaciones por dichos afiliados, correspondientes a periodos posteriores a la asignación, deberán trasladarlos de manera inmediata a las Entidades Promotoras de Salud receptoras para efectos del proceso de giro y compensación.

**Artículo 8°.** *Obligaciones de los empleadores y trabajadores independientes.* El empleador o trabajador independiente no podrá suspender el pago de la cotización a la Entidad Promotora de Salud que haya sido objeto de la revocatoria de autorización de funcionamiento para administrar el régimen contributivo, intervención forzosa administrativa para liquidar, retiro o liquidación voluntaria, hasta tanto se haga efectivo el traslado del afiliado y de su grupo familiar, momento a partir del cual las cotizaciones deberán efectuarse a la Entidad Promotora de Salud receptora y esta será responsable de la prestación de los servicios de salud.

**Artículo 9°.** *Garantía de la continuidad en la prestación de los servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud receptoras de afiliados asignados, a quienes la Entidad Promotora de Salud de donde provienen les hubiese autorizado procedimientos o intervenciones que a la fecha de asignación no hayan sido realizados deberán reprogramarlos dentro de los 30 días siguientes a la asunción de la prestación de los servicios, siempre y cuando no se ponga en riesgo la vida del paciente, caso en el cual deberá garantizar la oportuna atención.

En el caso de servicios no incluidos en el Plan de Obligatorio de Salud que deban prestarse en virtud de fallos de tutela, la Entidad receptora garantizará la continuidad del tratamiento, sin requerir trámites adicionales al afiliado.

**Artículo 10.** *Vigilancia y control.* La Superintendencia Nacional de Salud vigilará la aplicación del procedimiento previsto en el artículo 3° del presente decreto; su incumplimiento dará lugar a las sanciones contempladas en la normatividad vigente.

**Artículo 11.** *Del retiro voluntario de las EPS del régimen subsidiado.* Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado podrán solicitar autorización de retiro ante la Superintendencia Nacional de Salud en forma parcial, siempre y cuando hayan operado continuamente al menos durante un año en el municipio, departamento o región de la cual pretenden su retiro. Frente a las solicitudes de retiros parciales la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aplicación de la obligatoriedad de su retiro integral del departamento al cual pertenece el municipio de retiro.

**Parágrafo.** Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado que se hayan retirado total o parcialmente de manera voluntaria, podrán solicitar autorización a la Superintendencia Nacional de Salud para volver a operar, caso en el cual la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizarlas siempre y cuando haya transcurrido un año desde la autorización de su retiro voluntario.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 33 de 120

**Artículo 12. Vigencia y derogatoria.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto número 55 de 2007, el artículo 18 del Decreto número 515 de 2004, el Decreto número 1024 de 2009, los artículos 49, 50 y 51 del Acuerdo número 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.



**Decreto 3047 de 2013**

**( Diciembre 27)**

Por el cual se establecen reglas sobre movilidad entre regímenes para afiliados focalizados en los niveles I y II del Sisbén

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y, en especial, de las que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política de Colombia y en desarrollo de los artículos 14 de la Ley 1122 de 2007 y 35 de la Ley 1438 de 2011

**CONSIDERANDO:**

Que para acceder al Sistema General de Seguridad en Salud, los residentes en el territorio se afilian al régimen contributivo o al régimen subsidiado, en el primer caso para quienes tengan capacidad de pago o una relación laboral o contractual generadora de ingresos y para el segundo, para los que no tienen capacidad de pago y se encuentren dentro de los puntos de corte establecidos para los niveles I y II del Sisbén.

Que frente a la vinculación temporal al régimen contributivo de las personas focalizadas en los niveles I y II del Sisbén para el desempeño de labores temporales o intermitentes, se hace necesario garantizarles la continuidad del aseguramiento cuando cesen estas condiciones, permitiéndoles migrar al régimen subsidiado sin que ello origine la suspensión del servicio o la obligación de cambiar de EPS.

Que el literal a. del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, establece que se beneficiarán con subsidio total o pleno en el régimen subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo reemplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. La misma disposición señala que se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén.

Que la Ley 1438 de 2011, en su artículo 35, establece que “los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en éste cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.”



Que se requiere establecer el procedimiento para la movilidad de los afiliados desde el régimen contributivo hacia el subsidiado y viceversa, dentro de la misma EPS y sin solución de continuidad en el aseguramiento en salud así como las condiciones para reconocer a las EPS la UPC del régimen que corresponda.

Que para el efecto, resulta imprescindible mantener actualizada la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, en función de las novedades laborales o de cotización de los afiliados, de manera que permita diferenciar el tipo de afiliado y tipo de régimen de cualquier residente en el territorio nacional.

Que con el propósito de garantizar el principio de libre escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud, ellas deben garantizar a su interior la movilidad de sus afiliados entre los dos regímenes.

Que en merito de lo expuesto,

## DECRETA:

### CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES

**Artículo 1.** *Objeto.* El presente decreto tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la movilidad desde el régimen subsidiado hacia el régimen contributivo y viceversa, sin solución de continuidad en su aseguramiento en salud, de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén que por cambios o intermitencias en sus condiciones socioeconómicas deban moverse de un régimen a otro y no quieran cambiar de Entidad Promotora de Salud – EPS.

**Artículo 2.** *Ámbito de aplicación.* Este decreto se aplica a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificadas en los niveles I y II del Sisbén; a las Entidades Promotoras de Salud; al administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, a los operadores de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes PILA y a las autoridades territoriales de salud que en razón de sus competencias intervienen para garantizar la movilidad entre regímenes.

**Artículo 3.** *Exención del cumplimiento del requisito de doble habilitación de EPS para efectos de la garantía de la movilidad.* Para efectos del presente decreto, las EPS administrarán simultáneamente afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, para lo cual, la EPS que se encuentre habilitada para administrar alguno de los dos regímenes en un determinado municipio, a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, se considerará habilitada para administrar el otro régimen en el mismo municipio.

Las EPS habilitadas para operar el régimen subsidiado podrán administrar en el régimen contributivo, hasta el 10% del total de sus afiliados, con su actual habilitación, sin que se les exija el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las EPS del régimen contributivo. No obstante, sobre este grupo de afiliados deberán cumplir con las reservas y el régimen de inversiones previsto para las EPS del régimen contributivo.



Las EPS habilitadas para operar el régimen contributivo podrán administrar en el régimen subsidiado hasta el 10% del total de sus afiliados. En este evento y respecto de este grupo de afiliados, la EPS deberá aplicar y cumplir las condiciones financieras y de solvencia propias de este régimen.

**Parágrafo.** Para todos los efectos y mientras no se superen los topes de afiliados de que trata éste artículo, el régimen legal aplicable para cada EPS es aquél para el cual está inicialmente habilitada.

**Artículo 4.** *Aglomeración y distribución de riesgo entre regímenes.* Sin perjuicio del cumplimiento de las normas contables que señale la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos del presente decreto, las EPS podrán hacer aglomeración y distribución de riesgos sin diferenciar regímenes.

## CAPITULO II REGLAS ESPECIALES PARA LA MOVILIDAD ENTRE REGÍMENES

**Artículo 5.** *Movilidad entre regímenes.* La movilidad es el derecho de que son titulares los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, focalizados en los niveles I y II del Sisbén, que los faculta para migrar del régimen subsidiado al régimen contributivo y viceversa, con todo su núcleo familiar, sin solución de continuidad, ni necesidad de efectuar un nuevo proceso de afiliación, permaneciendo en la misma EPS y con observancia de las reglas que se definan en el artículo siguiente de este acto.

Cuando un afiliado pasa del régimen subsidiado al contributivo dentro de la misma EPS, esta deberá garantizar la continuidad en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios de manera integral desde el primer día.

**Artículo 6.** *Operación para garantizar la movilidad entre regímenes.* La garantía del derecho a la movilidad se sujeta a las siguientes reglas:

- A)** Cuando una persona previamente afiliada al régimen subsidiado adquiera capacidad de pago o se vincule laboralmente o tenga una relación contractual generadora de ingresos que le imponga la obligación de estar en el régimen contributivo, pero desee mantenerse en la misma EPS del régimen subsidiado, podrá hacerlo. En este evento, la persona y su núcleo familiar recibirán todos los beneficios del régimen contributivo, incluidas las prestaciones económicas para el cotizante.

Las contribuciones de dicha persona se harán a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, a nombre de la EPS del régimen subsidiado a la cual se encuentra afiliado y a favor de la subcuenta de solidaridad del Fosyga, en la cuenta que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con base en la información proveniente de la PILA en relación con las cotizaciones recaudadas, la EPS reportará la novedad de movilidad al administrador de la Base de Datos Única de Afiliados - BDUa para su activación en el régimen contributivo.



A partir de tal activación y con retroactividad a la fecha de la novedad de movilidad, el Fosyga reconocerá y girará a las EPS el valor de las UPC contributivas correspondientes a todo el núcleo familiar de dicho cotizante, de conformidad con la normatividad vigente.

Cuando el afiliado del nivel I y II del Sisbén pierda las condiciones para continuar en el régimen contributivo y una vez el empleador o trabajador independiente reporte la novedad de retiro, a través de PILA, la EPS del régimen subsidiado procederá a reportar a la BDUA la novedad de movilidad. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro del valor de la UPC del régimen subsidiado a partir de la novedad de movilidad.

Para los efectos del presente literal, el operador de PILA deberá suministrar a las EPS del régimen subsidiado la información correspondiente a las cotizaciones hechas a su nombre, conforme a la estructura de datos prevista para el régimen contributivo. Los costos del recaudo a través del operador PILA serán asumidos por la respectiva EPS.

- B)** Cuando una persona afiliada al régimen contributivo pierda la calidad de cotizante o de beneficiario de dicho régimen y se encuentre focalizado en los niveles I y II del Sisbén, la EPS del régimen contributivo deberá garantizarle la continuidad en el aseguramiento. Para el efecto, recibida la novedad de retiro por parte del empleador o trabajador independiente, la EPS deberá reportar la novedad de movilidad al administrador de la BDUA. Este reporte constituye requisito para que proceda el reconocimiento y giro del valor de la UPC del régimen subsidiado para el afiliado y su grupo familiar a partir de la novedad de movilidad. Cuando el afiliado deje de cotizar en el régimen contributivo e ingrese al subsidiado, lo hará con su grupo familiar.

La verificación del nivel del Sisbén estará a cargo de la EPS a través de la herramienta de consulta masiva que para el efecto dispone el Departamento Nacional de Planeación. Cuando no sea posible realizar la verificación, la EPS podrá solicitar al municipio o al afiliado la certificación que acredite su pertenencia a los niveles I y II del Sisbén.

**Parágrafo 1.** Hasta tanto no se soporte la pertenencia de los beneficiarios del grupo familiar de un cotizante al régimen contributivo, conforme a la normatividad vigente, la EPS recibirá el valor de la UPC del régimen subsidiado. Una vez acreditada la condición de beneficiarios, de acuerdo con el procedimiento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fosyga reconocerá y girará el valor que corresponde al ajuste de la UPC del régimen contributivo.

**Parágrafo 2.** No habrá solución de continuidad en el aseguramiento y en el acceso efectivo a los servicios de salud respecto de las personas clasificadas en los niveles I y II del Sisbén afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cambian de un régimen a otro, dentro de la misma EPS.

**Artículo 7.** *Reconocimiento de UPC contributiva, provisión para incapacidades y per cápita de promoción y prevención a EPS del régimen subsidiado.* Previo reporte de la novedad de movilidad e identificación del pago de cotizaciones en nombre de una EPS del régimen subsidiado por una persona afiliada, el Fosyga reconocerá a la EPS, el valor de la UPC del régimen contributivo, la provisión para incapacidades y el valor per cápita de promoción y prevención, por los periodos correspondientes y en proporción a los días cotizados que identifique, con cargo a los recursos de la subcuenta de solidaridad.



**Artículo 8.** *Reconocimiento de prestaciones económicas.* Las EPS del régimen subsidiado que en el marco de la movilidad garanticen la continuidad del aseguramiento de los afiliados al régimen contributivo, reconocerán y pagarán el valor de las incapacidades por enfermedad general, de conformidad con las normas vigentes y para ello, recibirán del Fosyga la provisión prevista para tal fin. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán por la respectiva EPS conforme a la normatividad vigente y serán reconocidas con cargo a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, bajo las normas previstas para el régimen contributivo.

**Artículo 9.** *Prestación de servicios de salud en casos de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral.* Conforme a las normas y procedimientos del régimen contributivo, en los casos de demanda de servicios de salud que se originen como consecuencia de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, la EPS del régimen subsidiado que tiene afiliado al trabajador debe prestarle los servicios conforme a las reglas propias del Sistema de Riesgos Laborales.

**Artículo 10.** *Ajustes y control a la información.* El Fosyga validará y procesará las novedades de movilidad reportadas, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social realizará los ajustes normativos y operativos necesarios. Las entidades territoriales, a través de los procesos de actualización de la BDUA, verificarán el cumplimiento de las condiciones para la afiliación al régimen subsidiado de los afiliados reportados en las novedades de movilidad con cargo a la respectiva entidad territorial. El resultado de este procesamiento será notificado a las EPS como repuesta a la novedad de movilidad.

**Artículo 11.** *Vigencia.* Este decreto rige desde la fecha de su publicación, a partir de la cual el Fosyga, las EPS y los operadores de PILA dispondrán de un plazo de seis (6) meses para adecuarse a lo aquí previsto, momento a partir del cual operará la movilidad entre regímenes.

**Artículo 12.** *Derogatorias.* El presente decreto deroga las disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 39 de 120

# ***RESOLUCIONES***

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



## **RESOLUCIÓN 5281 DE 2013**

(diciembre 10)

Diario Oficial No. 49.001 de 11 de diciembre de 2013

Por la cual se modifica el procedimiento para realizar el saneamiento de aportes patronales.

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,**

en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, y

### **CONSIDERANDO:**

Que del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones en Salud originados en las Leyes 60 de 1993 y 715 de 2001, se destinaron recursos para cubrir el pago de los aportes patronales causados a partir del año 1994, de los funcionarios públicos del sector salud;

Que la Ley 1438 de 2011, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y al tenor de su artículo 85, regló lo correspondiente a la necesidad de efectuar dentro de los términos allí establecidos, el saneamiento de los referidos aportes y de manera paralela facultó, al entonces Ministerio de la Protección Social para determinar el procedimiento que permitiera el cumplimiento de dicho cometido;

Que en desarrollo de la anterior disposición, el hoy Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución número 154 de 2013 a través de la cual, se determinó el procedimiento para realizar el saneamiento por concepto de aportes patronales financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para Salud de las vigencias 1994 a 2011, por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales;

Que el artículo 3o de la referida resolución, estableció el desarrollo del procedimiento de saneamiento de aportes patronales, así: 1. Estado de cuentas. 2. Mesas de saneamiento. 3. Organización de mesas de saneamiento. 4. Actas de conciliación. 5. Consolidación de información. 6. Traslados de recursos. 7. Determinación de faltantes o excedentes. 8. Aplicación de excedentes, y 9. Informe final;

Que las entidades territoriales del orden departamental y distrital han solicitado que se realicen ajustes al procedimiento en referencia, en cuanto a las etapas de consolidación de información y traslado de recursos, debido a que no todas las entidades empleadoras, encargadas de adelantar el procedimiento de saneamiento de aportes patronales, han observado las reglas al respecto en la forma prevista por este Ministerio, por lo cual se hace necesario modificar lo pertinente para promover el cumplimiento del saneamiento de aportes patronales en los términos del artículo 85 de la Ley 1438 de 2011;



En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

**ARTÍCULO 1o.** Modifícase el numeral 5 del artículo 30 de la Resolución número 154 de 2013, el cual quedará así:

"5. Consolidación de información

5.1. Las empleadoras a partir de la suscripción de las actas, procederán a:

a) Registrar la información resultante de:

i) Los saldos de las actas de conciliación que se tengan a la fecha;

ii) Los saldos certificados por concepto de recursos en depósitos provisionales existentes en el Fondo Nacional de Ahorro (FNA), y en el Instituto de Seguros Sociales en Liquidación o Colpensiones, según corresponda, de que trata el artículo 4o de la presente resolución;

b) Cuantificar los saldos a favor o en contra;

c) Determinar y solicitar los requerimientos de traslados entre administradoras, de aquellas que tengan saldos a favor a aquellas que tengan saldos en contra, para la cancelación de deudas, y

d) Generar un informe que muestre el resultado de las actividades definidas en los literales a), b) y c), del presente numeral, por cada administradora.

5.2. Copia de la información resultante deberá subirse al aplicativo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual estará a disposición de la respectiva entidad territorial de salud del orden departamental o distrital.

5.3 Las empleadoras que cuenten con actas de conciliación debidamente suscritas de saneamiento de aportes patronales con una o varias administradoras, podrán aplicar el procedimiento de traslado de recursos, establecido en el numeral 6 de la presente resolución".

**ARTÍCULO 2o.** Modifícase el numeral 6 del artículo 30 de la Resolución número 154 de 2013, el cual, quedará así:

"6. Traslado de recursos

6.1. Una vez suscritas las actas de conciliación, las empleadoras programarán y realizarán los traslados de las administradoras con saldos a favor a las administradoras con saldos en contra, indicando en la solicitud el número de la cuenta, entidad financiera y valor. Para tal fin, de ser posible se tendrá en cuenta el siguiente orden:

a) Administradoras de pensiones;



b) Entidades Promotoras de Salud, Entidades Obligadas a Compensar o el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), según corresponda;

c) Administradoras de Riesgos Laborales;

d) Administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional de Ahorro.

6.2 Las administradoras con saldos a favor, recibida la solicitud de traslado por parte de las empleadoras, deberán realizar de manera inmediata, el traslado, informando vía aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, a la empleadora el valor trasladado y el saldo de la cuenta".

**ARTÍCULO 3o. VIGENCIA.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica la Resolución número 154 de 2013.

Publíquese y cúmplase.



## **RESOLUCIÓN 5510 de 2013**

Por la cual se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas

### **EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas por el inciso 2 del artículo 14 del Decreto 1703 de 2002 y el numeral 23 del artículo 2 del Decreto -Ley 4107 de 2011 y,

#### **CONSIDERANDO:**

Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, pertenecen a los Regímenes especiales y de excepción en salud las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, Ecopetrol y las universidades públicas u oficiales que se acogieron a la Ley 647 de 2001.

Que el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002, establece que cuando la persona afiliada a un régimen de excepción como cotizante o beneficiario, tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador, administrador de pensiones, ella misma o su contratante, según corresponda, deberá efectuar las respectivas cotizaciones al FOSYGA en los formularios y/o mecanismos que para tal fin defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el recaudo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a favor del FOSYGA de quienes estando afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 o especial, tienen ingresos adicionales sobre los cuales están obligados a cotizar al mencionado Sistema, se realiza a través de dos mecanismos: uno mediante el formato G1 que consiste en el diligenciamiento del mismo y la consignación de los recursos correspondientes, el cual genera dificultades en cuanto a la identificación del recaudo y el otro a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA para lo cual, el aportante o trabajador independiente requiere contactar un operador de información a través del cual se realiza el pago.

Que con el ánimo de superar las dificultades que se presentan con los mecanismos existentes y como quiera que es el FOSYGA el destinatario final de dichos recursos, es necesario adoptar un solo mecanismo que permita el recaudo y pago de aportes en salud directamente, en aras de favorecer su plena identificación, el manejo integral de la información y el cruce de la misma.

Que así mismo, se hace necesario establecer los términos y condiciones para la solicitud, reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, a cargo del FOSYGA y a favor de quienes están afiliados a los regímenes especial y de excepción y cuentan con ingresos adicionales sobre los cuales están obligados a cotizar.



En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto adoptar el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA de los afiliados a los regímenes de excepción y especial con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas.

**Artículo 2. Destinatarios.** Las disposiciones señaladas en la presente resolución deberán cumplirse por las personas afiliadas a los regímenes especial y de excepción como cotizante o beneficiario, su empleador, contratante, administrador de pensiones o trabajador independiente, según corresponda.

**Artículo 3. Mecanismo único de recaudo y pago de aportes.** Adóptese el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud establecido en la presente resolución que deberán utilizar los destinatarios a que refiere el artículo anterior.

**Artículo 4. Disposición del mecanismo.** A partir del 1 de enero de 2014, el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA dispondrá a través de su página web [www.fosyga.gov.co](http://www.fosyga.gov.co) el mecanismo único a través del cual se deberán realizar los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a favor del FOSYGA de aquellos afiliados a los regímenes especial y de excepción con ingresos adicionales por los que deban aportar a dicho sistema.

La información que debe registrar el aportante en el mecanismo único de recaudo, deberá cumplir con las especificaciones técnicas del Anexo No. 1 que hace parte integral de la presente resolución y será responsabilidad directa del aportante la veracidad y calidad de la información reportada.

**Artículo 5. Fecha límite de pago de cotizaciones.** La fecha límite de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, que tengan ingresos adicionales, será la establecida en el Decreto 1670 de 2007, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, según corresponda.

**Artículo 6. Cuenta independiente para el recaudo de aportes.** El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, recaudará en una cuenta independiente de los demás recursos de dicho Fondo, aquellos recibidos por concepto de cotizaciones sobre los ingresos adicionales de los afiliados a los regímenes especial y de excepción.

**Artículo 7. Devolución de aportes.** Los aportantes podrán solicitar al administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de pago, la devolución de los aportes realizados erróneamente y corresponderá a dicho administrador determinar la procedencia de la devolución de tales aportes.

El administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA contará con un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la solicitud para dar respuesta a la misma y en caso de ser procedente efectuará la devolución de las cotizaciones.



**Parágrafo 1.** Para la solicitud de devolución de cotizaciones realizadas erróneamente, los aportantes deberán cumplir con las estructuras y procedimientos establecidos en el Anexo No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.

**Parágrafo 2.** Cuando existan fallos judiciales que ordenen la devolución de aportes no será exigible el término de doce (12) meses.

**Artículo 8.** *Pago de prestaciones económicas.* Las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto es, incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, a favor de quienes realizan cotizaciones al FOSYGA por estar afiliados a los regímenes especial y/o de excepción y tener ingresos adicionales, serán cubiertas por dicho fondo o la entidad que haga sus veces en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual se realizaron los respectivos aportes.

El pago de las incapacidades por enfermedad general, de las licencias por maternidad y paternidad, se solicitarán por parte del aportante o del trabajador independiente, al administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, para lo cual deberán adjuntar los siguientes documentos:

1. Original de la incapacidad y/o licencia, expedida por la entidad del régimen de especial o de excepción al que pertenece el afiliado.
2. Formulario de pre-liquidación generado por el sistema, suscrito por el representante legal del aportante o por el trabajador independiente.
3. Certificación expedida por el empleador del afiliado al régimen especial o de excepción que tiene ingresos adicionales, en la que conste que dicho empleador no ha recibido ningún pago por este mismo concepto. Quien cotiza al FOSYGA con ingresos adicionales como trabajador independiente no deberá allegar ninguna certificación.
4. Fotocopia del documento de identidad del afiliado o del trabajador independiente.
5. Certificación bancaria original con los datos de la cuenta donde se deben abonar los recursos cuando el solicitante sea el empleador.
6. Cuando la licencia solicitada sea la de fallecimiento de la madre, se deberá allegar adicionalmente el certificado de defunción de la madre fallecida y el Registro Civil de Nacimiento del menor hijo.
7. Cuando la licencia solicitada sea la de paternidad, adicional a los documentos indicados en los numerales del 1 al 5, se deberá anexar el registro civil de nacimiento del menor hijo.

**Artículo 9.** *Término para el pago de las prestaciones económicas.* El administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA tendrá un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la recepción de la documentación completa señalada en el artículo 8 de la presente resolución, para la aprobación y pago de las prestaciones económicas o para la notificación de la glosa en caso de no ser aprobado el mismo.

**Parágrafo.** Para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, verificará que el aportante o trabajador independiente cumpla con la totalidad de los requisitos establecidos en el marco legal vigente del régimen contributivo sobre prestaciones económicas. Las solicitudes serán resueltas bajo los parámetros establecidos en la Resolución 156 de 2004 o la que haga sus veces.



**Artículo 10. Transición.** Una vez dispuesto el mecanismo único de recaudo y pago de aportes por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, los aportantes o trabajadores independientes solamente podrán utilizar el formulario G1 establecido en la Resolución 1408 de 2002 hasta el 31 de marzo de 2014 y el mecanismo de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA hasta el 30 de junio de 2014.

A partir del 1 de julio de 2014 los operadores de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes bloquearan el tipo de cotizante 30 *“Dependiente Entidades o Universidades Públicas con régimen especial en Salud”*.

**Artículo 11. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga a partir del 31 de marzo de 2014 la Resolución 1408 de 2002 y demás normas que le sean contrarias.

## **PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

(consultar anexos en página web)



## **RESOLUCIÓN 5522 de 2013**

Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones

### **EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en el artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen y definir el régimen que deberá aplicar las Entidades Promotoras de Salud -EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y en licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

Que en virtud de lo estipulado en el párrafo del artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, de conformidad con los parámetros y términos señalados en el párrafo 3º del artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, el Ministerio de Salud y Protección Social en las decisiones referidas al Régimen Contributivo y Subsidiado deberá consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo y en las referidas al Régimen Subsidiado, la compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Que para el cálculo del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado para la vigencia 2014, se tuvo en cuenta la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud –POS realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en acatamiento del artículo 25 de la Ley 1438 de 2011.

Que con base en la información presentada por las Entidades Promotoras de Salud -EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó el análisis técnico, de completitud y de calidad de la información; así como el análisis actuarial para la definición de la UPC vigencia 2014, según corresponda, cuyos resultados se muestran en el *“Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2014”*.

Que en dicho estudio se hizo el análisis de suficiencia para cada uno de los valores fijados en los dos regímenes, según lo ordenado por la Sala de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, en los ordinales tercero y segundo de la parte resolutive de los Autos 261 y 262 de noviembre de 2012, respectivamente.



Que en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo destinarán para gastos de administración máximo el 10% del valor de la UPC y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado destinarán para gastos de administración máximo el 8% del valor de la UPC, a partir del 1º de enero de 2013.

Que el cálculo de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación para el año 2014 es compatible con el Marco Fiscal del Mediano Plazo para la vigencia correspondiente, de conformidad con lo informado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y se encuentra acorde con las condiciones de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Mediano y el Largo Plazo, de conformidad con lo informado por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión de 23 de diciembre de 2014 realizó recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus funciones, que sirvieron de base para la expedición de la presente resolución.

Que en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**Artículo 1.** Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2014, en la suma de QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$593.978,40), que corresponde a un valor diario de MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.649,94).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C establecida en el presente artículo es la siguiente:

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>ESTRUCTURA DE COSTO</b>	<b>VALOR AÑO</b>
Menores de un Año	2,9679	1.762.869,60
1-4 Años	0,9530	566.060,40
5-14 Años	0,3329	197.737,20
15-18 Años Hombres	0,3173	188.470,80
15-18 Años Mujeres	0,5014	297.820,80
19-44 Años Hombres	0,5646	335.361,60
19-44 Años Mujeres	1,0475	622.191,60
45-49 Años	1,0361	615.420,00
50-54 Años	1,3215	784.944,00
55-59 Años	1,6154	959.511,60



GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
60-64 Años	2,0790	1.234.882,80
65-69 Años	2,5861	1.536.087,60
70-74 Años	3,1033	1.843.293,60
75 años y Mayores	3,8997	2.316.337,20

**Artículo 2.** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y corregimientos departamentales listados en el Anexo de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación – UPC-C anual de SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$653.374,80) que corresponde a un valor diario de MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS MONEDA CORRIENTE.(\$1.814,93). Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia y Yopal con sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la Unidad de Pago por Capitación – UPC-C del resto del país. Las UPC-C correspondientes a Riohacha, Sincelejo y Villavicencio, se reconocerán como se indica en el artículo 3 de la presente resolución.

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C establecida en el presente artículo es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	1.939.150,80
1-4 Años	0,9530	622.666,80
5-14 Años	0,3329	217.508,40
15-18 Años Hombres	0,3173	207.316,80
15-18 Años Mujeres	0,5014	327.603,60
19-44 Años Hombres	0,5646	368.895,60
19-44 Años Mujeres	1,0475	684.410,40
45-49 Años	1,0361	676.962,00
50-54 Años	1,3215	863.434,80
55-59 Años	1,6154	1.055.462,40
60-64 Años	2,0790	1.358.366,40
65-69 Años	2,5861	1.689.692,40
70-74 Años	3,1033	2.027.617,20



75 años y Mayores	3,8997	2.547.964,80
-------------------	--------	--------------

**Artículo 3.** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional del 9,86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá, D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Providencia, Riohacha, San Andrés, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, respectivamente, dando como resultado un valor promedio de Unidad de Pago por Capitación – UPC-C anual de SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$652.543,20), que corresponde a un valor diario de MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.812,62).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) de las ciudades de las que trata el presente artículo, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	1.936.681,20
1-4 Años	0,9530	621.874,80
5-14 Años	0,3329	217.231,20
15-18 Años Hombres	0,3173	207.050,40
15-18 Años Mujeres	0,5014	327.186,00
19-44 Años Hombres	0,5646	368.427,60
19-44 Años Mujeres	1,0475	683.539,20
45-49 Años	1,0361	676.101,60
50-54 Años	1,3215	862.336,80
55-59 Años	1,6154	1.054.119,60
60-64 Años	2,0790	1.356.638,40
65-69 Años	2,5861	1.687.543,20
70-74 Años	3,1033	2.025.036,00
75 años y Mayores	3,8997	2.544.721,20

**Artículo 4.** A la Unidad de Pago por capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) de las Entidades Promotoras de Salud que cumplen con alguno de los dos criterios establecidos en los numerales 1 y 2 del artículo 1º del Acuerdo 26 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, se les reconocerá una prima adicional correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario, así:



A la EPS 039 una prima adicional del 2% dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo – (UPC-C) anual de SEISCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$605.858,40), que corresponde a un valor diario de MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS CON NOVENTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.682,94).

A la EPS 037 una prima adicional del 6%, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo- (UPC-C) anual de SEISCIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$629.618,40), que corresponde a un valor diario de MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.748,94).

**Artículo 5.** Fijar para cada EPS el 0.29% del Ingreso Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a todos sus afiliados cotizantes, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5º del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

**Artículo 6.** Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía - Subcuenta de Compensación. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5º del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999.

**Artículo 7.** El monto de la cotización obligatoria de los afiliados al Régimen Contributivo destinado a la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía, se establece en el 0.2% del Ingreso Base de Cotización.

**Artículo 8.** A partir del 1º de enero de 2014, de la cotización obligatoria de los afiliados al Régimen Contributivo de salud definida en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 1122 de 2007, se trasladará un punto y medio (1,5) a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

En el caso de los pensionados, atendiendo lo previsto en la Ley 1250 de 2008, se trasladará a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA un punto (1.0%) de su cotización.

De acuerdo con lo señalado en el aparte 2 numeral 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los regímenes especiales y de excepción continuarán aportando a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, un punto y medio (1,5%) de la cotización.

**Artículo 9.** Fijar el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, para el desarrollo de las actividades de Promoción y Prevención durante el año 2014, en la suma anual de VEINTIUN MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$21.574,80), equivalente a un valor diario de CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$59,93).

**Artículo 10.** Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado



(UPC-S) para el año 2014 en la suma de QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$531.388,80) equivalente a un valor diario de MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.476,08).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S establecida en el presente artículo es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	1.469.502,00
1-4 Años	0,8179	434.624,40
5-14 Años	0,3267	173.606,40
15-18 Años Hombres	0,3847	204.426,00
15-18 Años Mujeres	0,6381	339.080,40
19-44 Años Hombres	0,6415	340.887,60
19-44 Años Mujeres	1,0154	539.571,60
45-49 Años	1,0376	551.368,80
50-54 Años	1,2973	689.371,20
55-59 Años	1,5738	836.298,00
60-64 Años	1,9465	1.034.348,40
65-69 Años	2,4125	1.281.974,40
70-74 Años	2,9424	1.563.559,20
75 años y Mayores	3,6575	1.943.553,60

**Artículo 11.** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y corregimientos departamentales listados en el Anexo de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación – UPC-S anual de QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$592.340,40) que corresponde a un valor diario de MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON TREINTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE.(\$1.645,39). Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia y Yopal con sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la Unidad de Pago por Capitación – UPC-S del resto del país. Las UPC-S correspondientes a Riohacha, Sincelejo y Villavicencio, se reconocerán como se indica en el artículo 12 de la presente resolución.

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S establecida en el presente artículo es la siguiente:



GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	1.638.057,60
1-4 Años	0,8179	484.473,60
5-14 Años	0,3267	193.518,00
15-18 Años Hombres	0,3847	227.872,80
15-18 Años Mujeres	0,6381	377.971,20
19-44 Años Hombres	0,6415	379.987,20
19-44 Años Mujeres	1,0154	601.462,80
45-49 Años	1,0376	614.613,60
50-54 Años	1,2973	768.441,60
55-59 Años	1,5738	932.223,60
60-64 Años	1,9465	1.152.990,00
65-69 Años	2,4125	1.429.020,00
70-74 Años	2,9424	1.742.904,00
75 años y Mayores	3,6575	2.166.483,60

**Artículo 12.** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá, D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Providencia, Riohacha, San Andrés, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, lo que corresponde a un valor anual de la UPC-S de SEISCIENTOS ONCE MIL NOVENTA Y SEIS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$611.096,40) que para el año 2014 corresponde a un valor diario de MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON CUARENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE (\$1.697,49).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado – UPC-S de las ciudades de las que trata el presente artículo, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	1.689.926,40
1-4 Años	0,8179	499.816,80
5-14 Años	0,3267	199.645,20
15-18 Años Hombres	0,3847	235.087,20
15-18 Años Mujeres	0,6381	389.941,20
19-44 Años Hombres	0,6415	392.018,40
19-44 Años Mujeres	1,0154	620.506,80



45-49 Años	1,0376	634.075,20
50-54 Años	1,2973	792.774,00
55-59 Años	1,5738	961.743,60
60-64 Años	1,9465	1.189.497,60
65-69 Años	2,4125	1.474.268,40
70-74 Años	2,9424	1.798.088,40
75 años y Mayores	3,6575	2.235.085,20

**Artículo 13.** Para la consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se recomienda a las EPS que el valor del incremento de la Unidad de Pago por Capitación -UPC, incluyendo el efecto real de los ponderadores de riesgo, se refleje en modificaciones e incrementos a los contratos con sus respectivas redes de prestadores de servicios de salud.

**Artículo 14.** Es obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud, las Empresas Farmacéuticas, las Cajas de Compensación, las Administradoras de Riesgos Laborales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable con la estructura, nivel de detalle, calidad, oportunidad y claridad que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio.

**Artículo 15.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y surte efectos desde el 1º de enero de 2014.

(consultar anexos en página web)



Resolución 5521 de 2013

Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

### **EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, y

#### **CONSIDERANDO:**

Que por lo establecido en los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad competente para definir y modificar el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Que el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011 estableció que *“El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios. (...)”*.

Que en armonía con el parágrafo 2º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, la Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008 indicó que la actualización integral del POS supone su revisión sistemática conforme a (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema.

Que el ordinal décimo séptimo de la parte resolutive de la mencionada Sentencia T-760 de 2008, impone a la entidad competente para realizar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, el deber de garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011, ya citado, la metodología utilizada para la definición y actualización del Plan de Obligatorio de Salud, fue publicada el 27 de julio de 2013.

Que la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, tuvo en cuenta la evaluación de tecnologías en salud realizada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y consideró las tecnologías evaluadas en forma grupal de conformidad con la mencionada evaluación.

Que acatando el mandato de la Corte Constitucional, contenido en la sentencia ya citada y en el marco de lo dispuesto en los artículos 1, 2, 49 y 78 de la Constitución Política; los artículos 3, 17 y 32 de la Ley 489 de 1998; los artículos 2 y 153, de la Ley 100 de 1993; el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, la actualización



integral del Plan Obligatorio de Salud contenido en la presente resolución, agotó el mecanismo de participación ciudadana, como quiera que el Ministerio de Salud y Protección Social abrió espacios de discusión y análisis a nivel nacional, presenciales y virtuales con la comunidad médica y científica, las asociaciones de usuarios y pacientes, Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), veedurías ciudadanas, las cuales participaron como asociaciones legalmente constituidas y con la comunidad en general, cuya participación se surtió en forma individual.

Que dicha estrategia de participación ciudadana se ajusta a los mandatos legales y lineamientos jurisprudenciales de ejecución de la política de participación ciudadana, la cual, en el marco de este proceso se concibe como un derecho - deber de carácter dinámico, democrático, pluralista, encaminado a garantizar la intervención directa y efectiva de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, considerados en forma individual, colectiva y de la comunidad médica, para la expresión de sus preferencias, opiniones, recomendaciones frente a la actualización integral del POS.

Que la garantía de la participación ciudadana directa y efectiva durante 2013, comprendió 4 estrategias a saber: I) consulta virtual dirigida a la ciudadanía en general; II) encuentros regionales de manera directa con las Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas, COPACOS y la comunidad médica; III) consensos, encuestas y consultas a expertos de diferentes especialidades médicas y; IV) divulgación del proyecto de acto regulatorio el cual se publicó en el sitio WEB institucional [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co), durante el término comprendido entre el 17 y el 24 de diciembre de 2013.

Que como resultado de los procesos de participación y consulta del proyecto de acto administrativo regulatorio, se recibieron aportes que sirvieron de insumo para la actualización integral del POS en los términos contenidos en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.

Que en sesión de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, del 20 de diciembre de 2013, se recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, contenido en la presente resolución, actualización que se ajusta a la metodología recomendada por la misma Comisión en sesión de 23 de mayo de 2013.

Que en mérito de lo expuesto,

## **RESUELVE:**

### **TÍTULO I**

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.** El presente acto administrativo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud - POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.



**ARTÍCULO 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL POS.** El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud –EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en este acto administrativo.

El POS se articula con otros Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-; así como con los programas, planes y acciones de otros sectores, que deben garantizar los demás aspectos que inciden en la salud y el bienestar.

**ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.** Los principios generales para la aplicación del POS son:

1. **Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
2. **Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.
3. **Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas de otros Planes de Beneficios o programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sectores distintos al de salud.
4. **Transparencia.** Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.
5. **Competencia.** Para la aplicación del POS, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica.
6. **Corresponsabilidad.** El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud, incluyendo el autocuidado de su salud, para coadyuvar en los beneficios obtenidos del Plan Obligatorio de Salud. De cualquier manera, la inobservancia



de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios.

- 7. Calidad.** La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente. Sus características son: oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad e integridad, pertinencia, costo-efectividad, respeto por la dignidad humana y el derecho a la intimidad, información, transparencia, consentimiento y satisfacción de los usuarios.

**PARÁGRAFO.** Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los del Sistema Integral de Seguridad Social –SISS-, y a los contenidos en la Constitución Política y la ley.

**ARTÍCULO 4. REFERENTES DE INCLUSIÓN.** Las tecnologías en salud que se incluyen en el POS, requieren de un proceso de evaluación de tecnologías –ETES- o de estudio y de la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica -GPC-, Guías de Atención Integral –GAI-, Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en el POS hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión realizada por la autoridad competente.

**ARTÍCULO 5. ANEXOS.** El presente acto administrativo contiene tres anexos que hacen parte integral del mismo, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 “Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud”; Anexo 02 “Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud”, el cual se encuentra descrito en las categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-; Anexo 03 “Listado de Laboratorio Clínico del Plan Obligatorio de Salud”, expresado en términos de Subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-.

**ARTÍCULO 6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS.** El Plan Obligatorio de Salud se describe en las Categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-, según corresponda, y se consideran cubiertas todas las subcategorías (procedimientos) que conforman cada una de las categorías descritas en el presente acto administrativo (Anexo 02), salvo aquellas en las cuales se presenten notas aclaratorias de cobertura de la categoría. Lo anterior no restringe o limita que la información se solicite con un mayor detalle según lo determinen las autoridades competentes.

**PARÁGRAFO.** La cobertura de procedimientos de laboratorio clínico en el Plan Obligatorio de Salud se describe en las subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-. Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en la lista del Anexo 03 del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 7. TERMINOLOGÍA.** Para efectos de facilitar la operación del presente acto administrativo y conforme a los lineamientos de la interoperabilidad semántica, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud, sin



que los mismos se constituyan en coberturas o ampliación de las coberturas dentro del Plan Obligatorio de Salud, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Por consiguiente, para establecer coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, los servicios descritos con otra nomenclatura como “programas”, “clínicas” o “paquetes” y “conjuntos de atención”, entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los Anexos 02 y 03 del presente acto administrativo, incluyendo los códigos temporales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según el parágrafo de este artículo.

2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.

3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.

**PARÁGRAFO.** Para los procedimientos no incluidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-, se mantendrá la siguiente codificación: La letra C seguida de 5 dígitos que corresponden al orden de este listado a partir del 00001 y organizadas alfabéticamente.

**ARTÍCULO 8. GLOSARIO:** Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones, sin que éstas se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan Obligatorio de Salud - POS-:

1. **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

2. **Aparato ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

3. **Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

4. **Atención con internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de



urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

**5. Atención de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

**6. Atención domiciliaria:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

**7. Atención inicial de urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

- a. La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

**8. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

**9. Cirugía plástica reparadora o funcional:** Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

**10. Complicación:** Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

**11. Concentración:** Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).

**12. Consulta médica:** Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La



consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad, general o especializada, según la complejidad.

**13. Consulta odontológica:** Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.

**14. Consulta psicológica:** Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: Anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo de ser necesario la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la determinación de un plan de tratamiento.

**15. Dispositivo médico para uso humano:** Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección o esterilización de dispositivos médicos.

**16. Equipo biomédico:** Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

**17. Forma farmacéutica:** Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

**18. Hospital Día:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

**19. Interconsulta:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.



**20. Intervención en salud:** Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

**21. Margen terapéutico:** Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

**22. Material de curación:** Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.

**23. Medicamento:** Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

**24. Órtesis:** Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

**25. Paciente con enfermedad en fase terminal:** Es la persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de una enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo. Tal circunstancia puede presentarse en pacientes de cualquier edad.

**26. Principio activo:** Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

**27. Procedimiento:** Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

**28. Prótesis:** Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

**29. Psicoterapia:** De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

**30. Referencia y contrarreferencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los



servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**31. Tecnología en salud:** Concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

**32. Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso a la población de los servicios de salud.

**PARÁGRAFO.** Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## TÍTULO II

### CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

**ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.

En caso de atención inicial de urgencias, las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizarla también por fuera de su red, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de este acto administrativo.

**ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA.** El acceso primario a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

**ARTÍCULO 11. ADSCRIPCIÓN A UNA IPS.** Toda persona después de la afiliación a una EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las Instituciones



Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red de prestadores conformada por la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la enfermedad, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la Entidad Promotora de Salud deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

**PARÁGRAFO** En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de que la IPS y la EPS puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las EPS.

**ARTÍCULO 12. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD.** El POS cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de esta resolución, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano que cuente con él.

**ARTÍCULO 13. TELEMEDICINA.** Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el POS incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

**ARTÍCULO 14. GARANTÍA DE SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA.** Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en el POS, las EPS deberán procurar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a, por lo menos, los servicios señalados como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 del presente acto administrativo, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.



### TÍTULO III

#### COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

**ARTÍCULO 15. BENEFICIOS.** Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas.

#### CAPÍTULO I

##### PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

**ARTÍCULO 16. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.** Las EPS deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS-, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el POS o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

**ARTÍCULO 17. PROMOCIÓN DE LA SALUD.** En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

**ARTÍCULO 18. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

**ARTÍCULO 19. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** El POS cubre las acciones y tecnologías para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito.

**ARTÍCULO 20. CONDÓN MASCULINO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, VIH/SIDA y planificación familiar, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

**ARTÍCULO 21. APLICACIÓN DE VACUNAS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos de aplicación de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, así como aquellos descritos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud garantizar el acceso y la administración



de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables.

**ARTÍCULO 22. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH/SIDA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

## CAPÍTULO II

### RECUPERACIÓN DE LA SALUD

**ARTÍCULO 23. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

**ARTÍCULO 24. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, “triage”, según la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 25. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.** La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud. La prestación oportuna es responsabilidad de la IPS a la que el paciente demande el servicio; incluyendo la apropiada remisión, cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

**PARÁGRAFO 1.** La cobertura de la atención inicial de urgencias se garantizará en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesaria autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras.

**PARÁGRAFO 2.** La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la Entidad Promotora de Salud en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente acto administrativo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

**ARTÍCULO 26. GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS.** Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS no pertenezca a la red de prestadores de la EPS, informará la atención inicial de urgencias de los afiliados dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del paciente. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno de las IPS. La EPS deberá instruir a la IPS conforme a lo definido en la normatividad vigente; en caso de no dar respuesta en ese término, la IPS podrá seguir atendiendo al paciente hasta finalizar el evento de urgencias con cargo a la EPS.

**ARTÍCULO 27. ATENCIÓN AMBULATORIA.** Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestadas en la



modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

**ARTÍCULO 28. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

**PARÁGRAFO 1.** El Plan Obligatorio de Salud cubre a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

**PARÁGRAFO 2.** Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante, salvo lo establecido en la cobertura de internación para salud mental.

**PARÁGRAFO 3.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

**ARTÍCULO 29. ATENCIÓN DOMICILIARIA.** La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

**PARÁGRAFO.** En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes. Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria y de conformidad con lo establecido en el artículo 132 del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 30. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO.** En el Plan Obligatorio de Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria.

**ARTÍCULO 31. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS.** Las EPS podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas y complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.



### CAPÍTULO III

## PROCEDIMIENTOS

**ARTÍCULO 32. ANALGESIA, ANESTESIA y SEDACIÓN.** El Plan Obligatorio de Salud cubre procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

**ARTÍCULO 33. COMBINACIONES DE PROCEDIMIENTOS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos descritos en el presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellos.

**PARÁGRAFO 1.** El Plan Obligatorio de Salud cubre los medicamentos que se requieran para la realización de un procedimiento, siempre y cuando ambos estén descritos dentro del presente acto administrativo, y aunque dicha combinación no tenga un código específico dentro de la nomenclatura del POS. Si dentro de la combinación se requiere una tecnología no cubierta en el POS la EPS garantizará lo cubierto en el POS según lo definido en el presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO 2.** Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías incluidas en el POS, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

**ARTÍCULO 34. TRASPLANTES.** Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas en el presente acto administrativo y la prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente título.



**PARÁGRAFO.** Las Entidades Promotoras de Salud no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

**ARTÍCULO 35. INJERTOS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. Se cubren también los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

**ARTÍCULO 36. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas que regulan la materia.

**PARÁGRAFO.** Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el presente acto administrativo, los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

**ARTÍCULO 37. ATENCIÓN EN SALUD ORAL.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud oral como están descritas en el presente acto administrativo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante.

**PARÁGRAFO 1.** Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas, son actividades que forman parte integral del procedimiento de operatoria dental.

**PARÁGRAFO 2.** Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del odontólogo tratante, esta se encuentra incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

**PARÁGRAFO 3.** Para el caso de operatoria dental, el POS cubre los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

**ARTÍCULO 38. PRÓTESIS DENTALES.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

**PARÁGRAFO.** Para obtener la cobertura descrita en el presente artículo, los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. En el Régimen Subsidiado están cubiertas para todos los afiliados.

**ARTÍCULO 39. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS.** En el POS están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 02 que hace parte integral de este acto



administrativo, en tanto tengan una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

**ARTÍCULO 40. REINTERVENCIONES.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme a la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, en las siguientes condiciones:

- a. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud, y
- b. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

## CAPÍTULO IV

### MEDICAMENTOS

**ARTÍCULO 41. COBERTURA DE MEDICAMENTOS.** La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.

**PARÁGRAFO 1.** Los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.

**PARÁGRAFO 2.** En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

**ARTÍCULO 42. DENOMINACIÓN.** La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

**ARTÍCULO 43. INDICACIONES AUTORIZADAS.** La cobertura en el Plan Obligatorio de Salud de los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto



administrativo, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que este anexo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

**ARTÍCULO 44. COMBINACIONES DE PRINCIPIOS ACTIVOS.** Únicamente se consideran cubiertas por el POS las combinaciones de principios activos que se encuentren explícitamente descritas en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo y que cumplan con los demás criterios como concentración, forma farmacéutica y uso (si es específico).

**ARTÍCULO 45. PRESENTACIONES COMERCIALES Y EQUIVALENCIAS.** La cobertura de los medicamentos del POS es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras) y no debe confundirse con la misma. En cuanto a concentraciones de jarabes, suspensiones y soluciones (orales, inyectables, entre otras), se consideran cubiertas las concentraciones descritas en el listado de medicamentos del POS y todas aquellas que sean equivalentes a la cantidad de principio activo por mínima unidad de medida (principio activo por cada mililitro), con las descritas en el precitado anexo.

En cuanto a formas farmacéuticas que se comercializan como polvos estériles para reconstituir una solución inyectable, se consideran cubiertos tanto el polvo estéril para reconstituir, como las presentaciones comerciales de solución inyectable ya reconstituida, siempre y cuando coincidan con las condiciones descritas en el artículo 41 del presente acto administrativo.

**PARÁGRAFO.** Para efectos de la cobertura de lo señalado en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, en la forma farmacéutica “Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco”, entiéndase que incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido.

**ARTÍCULO 46. REGISTRO SANITARIO.** El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 47. ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN.** Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas del POS.

**PARÁGRAFO.** El Plan Obligatorio de Salud incluye el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras.

**ARTÍCULO 48. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.** Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos en el POS, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

**PARÁGRAFO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras,



de medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas prellenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

**ARTÍCULO 49. FÓRMULAS MAGISTRALES.** Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, se consideran cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud.

**ARTÍCULO 50. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.** Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el POS de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

**ARTÍCULO 51. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES.** Es responsabilidad de las EPS garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo y suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

**ARTÍCULO 52. RADIOFÁRMACOS.** Estos medicamentos se consideran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos en el POS y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos de dicho plan.

**ARTÍCULO 53. MEDIOS DE CONTRASTE.** La cobertura de medios de contraste corresponde a los descritos explícitamente en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo.

**ARTÍCULO 54. MEDIOS DIAGNÓSTICOS.** Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, también están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en el citado plan.

**ARTÍCULO 55. SOLUCIONES Y DILUYENTES.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento incluido en el POS, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	<i>Perfusión intracardiaca</i>
Conservantes de órganos	<i>Perfusión y lavado de órganos en Trasplantes</i>
Viscoelástica	<i>Oftalmológicos</i>
Líquido embólico	<i>Embolizaciones</i>
Líquidos de gran volumen	<i>Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o lavado (Irrigación) de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo,</i>



articulaciones, entre otras)

Igualmente el POS cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

**ARTÍCULO 56. SERVICIOS FARMACÉUTICOS.** Las EPS son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos en el POS se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

**ARTÍCULO 57. SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN.** Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

- a. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- b. Medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- c. La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 6 meses, hijos de mujeres VIH positivo según posología del médico tratante.

## CAPÍTULO V

### DISPOSITIVOS MÉDICOS

**ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS.** En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

**ARTÍCULO 59. LENTES EXTERNOS.** En el Plan Obligatorio de Salud se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico en las siguientes condiciones:

1. En Régimen Contributivo: Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años y siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.

2. En Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se cubren una vez al año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.



- b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.

**PARÁGRAFO.** No se cubren materiales diferentes a los mencionados previamente, así como tampoco filtros o colores, ni películas especiales.

**ARTÍCULO 60. KIT DE GLUCOMETRÍA.** En el Plan Obligatorio de Salud se cubre el kit de glucometría según la indicación del médico tratante, en las siguientes condiciones:

1. Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentren en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales.
2. Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentren en manejo con insulina, se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 50 lancetas mensuales.

**ARTÍCULO 61. KIT DE OSTOMÍA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

**ARTÍCULO 62. AYUDAS TÉCNICAS.** En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el POS.
- b. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- c. Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- d. Órtesis ortopédicas

Están cubiertas únicamente las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

**ARTÍCULO 63: COBERTURA DE STENT CORONARIO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre tanto el stent coronario convencional o no recubierto para todos los casos según recomendación del médico tratante, como el stent coronario recubierto o medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (mayor a 15 mm).

## CAPÍTULO VI



## **SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 64. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

**ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente del tipo, etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**PARÁGRAFO.** Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 66. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.** Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 65, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL.** El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

**PARÁGRAFO.** Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.



**ARTÍCULO 68. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.** Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 67 de este acto administrativo, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

## **CAPÍTULO VII**

### **ATENCIÓN PALIATIVA**

**ARTÍCULO 69. ATENCIÓN PALIATIVA.** En el Plan Obligatorio de Salud se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el presente acto administrativo.

## **TÍTULO IV**

### **COBERTURAS PREFERENTES Y DIFERENCIALES AGRUPADAS POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS**

**ARTÍCULO 70. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.** Las EPS deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo. Igualmente, podrán utilizar estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el POS o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

**ARTÍCULO 71. PROMOCIÓN DE LA SALUD.** En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantiles y



adolescentes, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

**ARTÍCULO 72. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de 18 años para tales efectos.

**ARTÍCULO 73. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** El POS cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito.

**ARTÍCULO 74. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan Obligatorio de Salud contiene las coberturas preferentes y diferenciales descritas en el presente acto administrativo, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

**ARTÍCULO 75. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS.** De conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011, las tecnologías en salud cubiertas en el POS, utilizadas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán totalmente gratuitas para las víctimas. Las EPS deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

## CAPÍTULO I

### ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE 6 AÑOS

**ARTÍCULO 76. ATENCIÓN PRENATAL.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido.

**ARTÍCULO 77. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.



**ARTÍCULO 78. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

**ARTÍCULO 79. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 80. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD NEONATAL.** El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan Obligatorio de Salud, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 81. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES VIH POSITIVAS.** Los hijos de madres VIH positivas tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 82. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES.** El Plan Obligatorio de Salud cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS para menores entre (6) y veinticuatro (24) meses, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

**ARTÍCULO 83. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de las Entidades Promotoras de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

**ARTÍCULO 84. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACION DE LA SALUD.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación,



requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud vigente, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.** Para la atención de personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

**ARTÍCULO 86. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD.** La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 87. COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR.** En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación postimplante, para las personas menores de tres (3) años, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

**ARTÍCULO 88. COBERTURA DE LENTES EXTERNOS Y MONTURAS.** Los lentes externos se cubren una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado se cubre además la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

**ARTÍCULO 89. ATENCIÓN EN CÁNCER.** Para la atención del cáncer, las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. Incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.



**ARTÍCULO 90. CARIOTIPO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

**ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.** Para la atención de personas menores de 6 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 92. PSICOTERAPIA AMBULATORIA.** Para las personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.** Para personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios de anorexia y bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.



En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

## CAPÍTULO II

### ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS

**ARTÍCULO 94. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años, de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

**ARTÍCULO 95. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

**ARTÍCULO 96. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 97. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

**ARTÍCULO 98. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.



Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 99. ATENCIÓN DEL EMBARAZO.** En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Así mismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde a las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 100. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.** Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

**ARTÍCULO 102. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD.** Las personas de 6 años a menores de 14 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 103. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS.** Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza



visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada año para las personas de 12 años o menos y una vez cada cinco años para mayores de 12 años.
- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

**ARTÍCULO 104. ATENCIÓN EN CÁNCER.** Las personas de 6 años a menores de 14 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

**ARTÍCULO 105. CARIOTIPO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

**ARTÍCULO 106. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.** Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente, se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.



2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 107. PSICOTERAPIA AMBULATORIA.** Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 del presente acto administrativo, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 108. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.** Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 de esta resolución, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

### **CAPÍTULO III**

#### **ATENCIÓN PARA PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS**

**ARTÍCULO 109. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

**ARTÍCULO 110. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y



Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

**ARTÍCULO 111. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.** El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 112. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

**ARTÍCULO 113. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD.** El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, y requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

**ARTÍCULO 114. ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Así mismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.



**ARTÍCULO 115. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre, la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS.** Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

**ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD.** Las personas de 14 años a menores de 18 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

**ARTÍCULO 118. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS.** Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

**ARTÍCULO 119. ATENCIÓN EN CÁNCER.** Las personas de 14 años a menores de 18 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de adolescentes con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

**ARTÍCULO 120. CARIOTIPO.** El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.



**ARTÍCULO 121. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.** Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 122. PSICOTERAPIA AMBULATORIA.** Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

**ARTÍCULO 123. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL.** Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.



Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

## TÍTULO V

### TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES

**ARTÍCULO 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES.** El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

**ARTÍCULO 125. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO.** El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

**PARÁGRAFO.** Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

## TÍTULO VI

### EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO



**ARTÍCULO 126. ALTO COSTO.** Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, entiéndase para efectos del cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

**A. ALTO COSTO REGIMEN CONTRIBUTIVO:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

**B. ALTO COSTO RÉGIMEN SUBSIDIADO:**

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

**ARTÍCULO 127. GRAN QUEMADO.** Para efectos del presente título, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la superficie corporal.



2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

**ARTÍCULO 128. TRAUMA MAYOR.** Para efectos del presente título, se entiende por trauma mayor, el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

## TÍTULO VII

### EXCLUSIONES DE COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

**ARTÍCULO 129. EXCLUSIONES GENERALES.** Las exclusiones generales del Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

**ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS.** Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación –UPC- y son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.



4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
11. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad
12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
13. Tratamiento con psicoanálisis.
14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.
15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.
17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
18. Pañales para niños y adultos.
19. Toallas higiénicas.
20. Artículos cosméticos.
21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
22. Líquidos para lentes de contacto.
23. Tratamientos capilares.
24. Champús de cualquier tipo.
25. Jabones.
26. Cremas hidratantes o humectantes.
27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
28. Medicamentos para la memoria.
29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.
31. Enjuagues bucales y cremas dentales.



32. Cepillo y seda dental.
33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.
35. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.
36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
37. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.
40. Atenciones de balneoterapia.
41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).
42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.
43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

**PARÁGRAFO.** Todo lo relacionado con la financiación y prestación de servicios contenidos en el presente artículo no son financiados con cargo a la UPC.

## TÍTULO VIII

### DISPOSICIONES VARIAS

**ARTÍCULO 131. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS.** La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá cobertura con los contenidos previstos en el presente acto administrativo, incluyendo los hogares de paso y guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, éste será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

**ARTÍCULO 132. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL POS.** En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.



**ARTÍCULO 133. COBERTURA DE SERVICIOS POS ORDENADOS POR FUERA DE LA RED.**

Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el POS prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la EPS, esta entidad podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de su red para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

**ARTÍCULO 134. CONCURRENCIA DE OTROS PLANES DE BENEFICIOS.** Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por éstos, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 135. TECNOLOGIAS EN SALUD OBSOLETAS.** Los procedimientos considerados obsoletos en el proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de 2013, se publicarán en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los medicamentos el Ministerio de Salud y Protección Social publicará en su página web, los considerados potencialmente obsoletos con el propósito de que los actores y agentes del sistema se informen y pronuncien sobre el contenido publicado. En todo caso, la publicación de obsolescencia, no implica su supresión de la cobertura contenida en el POS, hasta tanto sean suprimidos del acto administrativo que corresponda. Los actores y agentes del sistema podrán remitir sus observaciones solamente dentro del plazo que defina la publicación y deberán estar dirigidas a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. En todo caso, el plazo definido en la publicación no podrá ser inferior a 15 días.

## TÍTULO IX

### DISPOSICIONES FINALES

**ARTÍCULO 136. DEBER DE INFORMACIÓN.** Para efectos de monitoreo, actualización del Plan Obligatorio de Salud, análisis o cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requiera.

Para el caso específico de medicamentos la información podrá ser solicitada incluyendo el Código Único de Medicamentos -CUM-, de conformidad con la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 137. VIGENCIA Y DEROGATORIA.** El presente acto administrativo rige a partir del 1º de enero de 2014, deroga los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES y demás disposiciones que le sean contrarias.  
(Consultar anexo en página web)



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 94 de 120

# CIRCULARES



**CIRCULAR 001 DE 2014**

( 7 de enero)

**PARA: INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD –IPS Y ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD –EPS**

**DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**ASUNTO: ATENCIÓN ESPECIAL Y PREFERENCIAL AL ADULTO MAYOR**

**FECHA:**

Este Ministerio en su calidad de órgano rector del sector salud y protección social, encargado de formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios así como de coordinador de la gestión de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, insta a los destinatarios de la presente circular, a dar cumplimiento a los mandatos legales y jurisprudenciales que obligan a garantizar una atención especial y preferencial al adulto mayor, quien a su vez es sujeto de especial protección constitucional, razón por la cual se permite impartir las siguientes instrucciones orientadas a garantizar la atención especial y preferencial del citado grupo poblacional, previas las siguientes consideraciones:

Corresponde tanto a las Empresas Promotoras de Salud –EPS como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS garantizar una atención oportuna, integral y con calidad a la población adulta mayor, de acuerdo con las normas expedidas por el SGSSS, desarrollando todas las acciones relacionadas con las normas y guías de obligatorio cumplimiento y orientar la atención basada en un modelo de Atención Primaria en Salud<sup>1</sup>.

De igual forma, previó el artículo 23 del Decreto -Ley 019 de 2012, que las Entidades Promotoras de Salud - EPS, deberán garantizar la asignación de citas de medicina general u odontología general, sin necesidad de hacer la solicitud de forma presencial y sin exigir requisitos no previstos en la ley, la cual no podrá exceder de tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud. Así mismo, señaló que contarán con sistemas de evaluación y seguimiento a los tiempos de otorgamiento de citas que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación.

De otra parte la Resolución 1604 de 2013, previó los lineamientos que deben tener en cuenta las EPS para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a cuarenta y ocho (48) horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado

---

<sup>1</sup> Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.



cuando este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado.

Conforme con lo anterior, se instruye a los destinatarios de la presente circular, para que en el marco de sus competencias, frente al adulto mayor:

1. Emprendan las acciones en salud que propendan por su desarrollo integral, protección física, mental y social, promoviendo hábitos y comportamientos saludables relacionados con su autocuidado, la alimentación sana y saludable, el cuidado del entorno y el fomento de la actividad física.
2. Definan estrategias que les permitan disfrutar los servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia. Al respecto, se recuerda que frente a dicha población se tienen las siguientes obligaciones:
  - La asignación de las citas de odontología general y medicina general no podrán exceder de tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, salvo que la persona mayor o su cuidador las solicite de manera expresa para un plazo diferente.
  - En relación con las citas de medicina especializada, las Empresas Promotoras de Salud –EPS directamente o a través de su red de prestadores, deberán tener agendas abiertas para su asignación en la totalidad de días hábiles del año y no podrán negarse a recibirles su solicitud de cita ni a fijar la fecha de la consulta requerida. En los casos en que se requiera autorización previa por parte de la EPS, ésta deberá dar respuesta en un término máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización.
  - Cuando por su condición clínica, el profesional tratante defina un término para la consulta especializada, especialmente de aquellos que presenten diagnóstico presuntivo o confirmado de cáncer, la EPS directamente o a través de su red de prestadores, deberá agotar todos los medios administrativos posibles para asignar la cita dentro del término establecido por dicho profesional.
  - Cuando la entrega de los medicamentos requeridos por la persona mayor se realice de manera incompleta, la Empresa Promotora de Salud –EPS deberá coordinar y garantizar su entrega en un lapso no mayor a cuarenta y ocho (48) horas en el lugar de residencia o trabajo, si el beneficiario o su cuidador, así lo autoriza.
3. Dispongan en sus oficinas tanto de personal como de infraestructura adecuada para la atención de sus necesidades, incluyendo herramientas logísticas y tecnológicas idóneas que permitan una atención personalizada ágil, eficiente y eficaz. Para esto deberán disponer de una ventanilla preferencial y se ubicarán anuncios visibles indicando tal situación. Los funcionarios que hagan parte de estas oficinas deberán atender, orientar, acompañar, gestionar y responder de forma clara, veraz y oportuna, las solicitudes que presenten, a través de los diferentes canales de comunicación que para el efecto establezcan las entidades.



4. Garanticen de manera activa, individual o a través de sus organizaciones, su participación en el diseño, elaboración y ejecución de los programas y proyectos que se relacionen con ellos.

La Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus funciones, de inspección, vigilancia y control, velarán por el cumplimiento de las normas que garantizan una atención especial y preferencial a las personas mayores, por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 98 de 120

# CONCEPTOS JURIDICOS



Bogotá D.C.,

**URGENTE**

Señora

**LUZ MARINA REYES RENGIFO**

[lumarere@hotmail.com](mailto:lumarere@hotmail.com)

Calle 2 No. 24 - 56

Popayán - Cauca

ASUNTO: Cobro de Incapacidad superior a 180 días

Respetada señora Luz Marina:

Hemos recibido su comunicación por la cual consulta cuál es el procedimiento para continuar cobrando la incapacidad mas allá de 180 días, si no existe una afiliación a una Administradora de Fondo de Pensiones. Al respecto, previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

La Ley 100 de 1993<sup>2</sup> en su artículo 206 establece que el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, reconocerá las incapacidades generadas en Enfermedad General, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El auxilio por incapacidad se define como el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.

Adicionalmente, el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo determina que *“en caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el empleador le pague un auxilio monetario hasta por ciento ochenta (180) días, así: las dos terceras (2/3) partes del salario durante los primeros noventa (90) días y la mitad del salario por el tiempo restante”*.

De otra parte, los incisos 5 y 6 del artículo 142 del Decreto Ley 0019 de 2012<sup>3</sup>, que modifica el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, a su vez modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, establece:

“ (...)”

*Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y*

<sup>2</sup> Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones.

<sup>3</sup> Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública



sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

*Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.*

(...)"

De conformidad con las normas precitadas, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el reconocimiento y pago de incapacidades por contingencias de origen común, para los afiliados cotizantes es hasta por el termino de 180 días a cargo de la EPS, y cuando exista concepto favorable de rehabilitación por parte de dicha entidad, la Administradora de Fondos de Pensiones - AFP postergará el trámite de Calificación de Invalidez, hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario, adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la EPS, caso en el cual, se otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía percibiendo.

En ese orden de ideas y frente a lo consultado, se concluye que aparte de la incapacidad que hasta el día 180 está obligada a reconocer la EPS, conforme lo previsto en el artículo 227 del Código Sustantivo de Trabajo, no habrá pago de ningún reconocimiento económico o subsidio por parte de ninguna entidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud o del Sistema General de Pensiones.

Para el caso objeto de estudio y para este ultimo sistema, por no haber afiliación a una Administradora de Fondos de Pensiones y por ende cotización, la administradora en cita no podrá reconocer subsidio alguno.

No obstante lo anterior y para el caso de que exista una afiliación de la persona a una Administradora de Fondos y Pensiones, debe precisarse que si bien es cierto la EPS no estaría obligada a reconocer una incapacidad superior a ciento (180) días, dicha entidad estará sujeta al deber de reconocer un subsidio equivalente a la incapacidad que venía asumiendo, como una sanción frente al hecho de no haber expedido el concepto favorable de rehabilitación con destino a la AFP, tal y como lo prevé para el efecto el inciso 6 del artículo 142 del Decreto Ley 0019 de 2012.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.

**URGENTE**

Señora  
**NATALI PEÑA**  
nata170888@hotmail.com  
Carrera 46 No. 14 C 18  
Cali - Valle

ASUNTO: Pago de multa por inasistencia a una cita de promoción y prevención

Respetada Señora Natali:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual consulta si debe pagar a la EPS Saludcoop una multa por no cumplir una cita de promoción y prevención. Al respecto y previas las siguientes consideraciones, me permito informarle lo siguiente:

Sobre el tema objeto de consulta, debe indicarse que el artículo 55 de la Ley 1438 de 2011<sup>4</sup> estableció:

*“ARTÍCULO 55. MULTAS POR INASISTENCIA EN LAS CITAS MÉDICAS. Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las Entidades Promotoras de Salud para tal fin”.*

Con el fin de dilucidar el alcance de la frase “*citas médicas programadas*”, empleada en el texto del artículo 55 de la precitada ley, el hoy derogado Acuerdo 008 de 2009 expedido por la entonces Comisión de Regulación en Salud - CRES, definió los términos de consulta médica y odontológica de la siguiente manera:

**“9. Consulta Médica y Odontológica:** *Es la valoración del usuario realizada por un médico y odontólogo en ejercicio de su profesión, según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, que corresponde a anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento, en cualquier fase de la atención, esto es, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de urgencias, según la temporalidad: general o especializada, según la complejidad”.* (Subrayado propio)

Posteriormente, con la promulgación del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES, mediante el cual se aprueba el nuevo POS, se redefinen los conceptos aludidos en el párrafo anterior, en los siguientes términos:

---

<sup>4</sup> “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”



*“11. Consulta médica: valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, curación, rehabilitación y/o paliación. La consulta puede ser programada o de urgencia y general o especializada. (Subrayado propio)*

Sin embargo, continúa vigente la interpretación que sobre el particular hiciera la CRES mediante la Circular Externa 03 de 2011, en la que específicamente aclara el alcance del artículo 55 de la Ley 1438 de 2011, disponiendo:

*“La Comisión de Regulación en Salud informa que para la interpretación, aplicación y utilización del término “consulta médica y odontológica” dado en el numeral 9 del artículo 8° del Acuerdo 08 de 2009, deberá distinguirse entre aquella estrictamente médica y la odontológica.*

*Por lo anterior, las disposiciones contempladas en otras normas respecto a las consultas o citas médicas deberán entenderse que se predicen solamente sobre ese tipo de consulta más no puede comprenderse que bajo la misma referencia quedan abarcadas otras consultas, diferentes a ésta.*

*Es así como las consultas a la que se refiere el artículo 55 de la Ley 1438 de 2011, de acuerdo con la definición dada en el artículo 9 del Acuerdo 08 de 2009, son aquellas de carácter médico que han sido programadas con anterioridad, sin importar su nivel de complejidad. Lo anterior considerando que el legislador señaló expresamente que la disposición opera sobre las citas médicas y no sobre el otro tipo de consultas. De esta manera quedan cobijadas por la norma todas las consultas médicas que hayan sido programadas, sean de carácter general o especializado”.*

Así las cosas y tal como lo señaló la Comisión de Regulación en Salud – CRES en la Circular Externa 03 de 2011, la exoneración de multas operará para citas programadas de medicina general, especializada o de medicina alternativa, más no para citas odontológicas u otros servicios de salud requeridos, como lo serían las ayudas diagnósticas, de terapias o citas asignadas para actividades de promoción y prevención.

En este caso, como el artículo 55 de la Ley 1438 de 2011, ha prohibido la posibilidad de cobrar multas por las prenombradas citas médicas, la sanción aplicable será de carácter pedagógico, mediante método de recursos de capacitación que deberá ser diseñado por las Entidades Promotoras de Salud para tal fin, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente.

Por último, debe recordarse que independientemente de que la sanción por el incumplimiento a una cita sea pedagógica, en el caso de citas medicas o sea una multa, para los demás casos ya planteados, conforme lo ya expuesto en el presente pronunciamiento, éstas no podrán convertirse en una barrera de acceso al servicio de salud para el usuario.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.,

URGENTE

Señor

**OSCAR ANDRES REVELO BERNAL**

anidresb@hotmail.com

Carrera 1 No. 3 E 140, Av. Panamericana  
Ipiales, Nariño

**Asunto: Porcentaje que debe reconocer la empresa por los tres primeros días de incapacidad**

Respetado señor Revelo:

Hemos recibido su comunicación por medio de la cual plantea el interrogante relacionado con “... *La empresa en que porcentaje debe asumir las incapacidades de 3 días pues tengo duda si la asume por el 100% o por el 66.67% como las EPS o ARL, hago la aclaración que la incapacidad es general*”. Al respecto, previas las siguientes consideraciones, y en el entendido de que su vinculación laboral se efectuó en el sector privado, me permito señalar:

La Ley 100 de 1993 “*Por la cual se establece el Régimen de Seguridad Social Integral*”, indica en el artículo 206, que el régimen contributivo reconocerá las incapacidades originadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El Código Sustantivo del Trabajo preceptúa en el artículo 227, que en caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho **a que el patrono le pague un auxilio monetario** hasta por (180) días, así: las 2/3 partes del salario durante los 90 días y la mitad del salario por el tiempo restante.

El artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, indica que durante los períodos de incapacidad por riesgo común o de licencia de maternidad, habrá lugar al pago de los aportes a los sistemas de salud y pensiones. Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período por el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como ingreso base de cotización el valor de la incapacidad o licencia de maternidad según el caso.

El parágrafo 1 del artículo 40 del Decreto 1406 de 1999, modificado por el artículo 1 del Decreto 2943 de 2013, señala que estarán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general. En ningún caso dichas prestaciones serán asumidas por las Entidades Promotoras de Salud o demás entidades autorizadas para administrar el régimen contributivo en el SGSSS a los cuales se encuentre afiliados los incapacitados.

En este orden de ideas y expuesto lo anterior, se tiene entonces que respecto a los dos primeros días de incapacidad y tal como lo señala la normativa citada en el párrafo anterior, su reconocimiento para el trabajador del sector privado, estará a cargo del empleador y su monto no será diferente a las 2/3 partes del salario, toda vez que ni el artículo 227 del Código Sustantivo



del Trabajo ni ninguna otra disposición, han establecido que los dos (2) primeros días de incapacidad serán pagaderos sobre el 100% del salario del trabajador.

De esta forma, debe precisarse que por expresa disposición del artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, la incapacidad por enfermedad común asciende a una suma equivalente a las 2/3 partes del salario por los primeros noventa días y la mitad por el tiempo restante hasta completar los ciento ochenta días, lo cual significa que ni la EPS ni el empleador, están obligados a reconocer por incapacidad de origen común una suma equivalente al 100% del salario que percibe el trabajador.

Por último, debe indicarse que la Corte Constitucional mediante Sentencia No C – 543 de 2007, declaró exequible condicionalmente el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, en el entendido de que el valor de la incapacidad no puede ser inferior a un (1) smlmv.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.,

URGENTE

Señor

**DIEGO RAUL GARCIA JULIO**

diegoraulgarciajulio@hotmail.com

**Asunto: Transcripción de una incapacidad a favor de afiliado de régimen contributivo, expedida por medico no adscrito a la EPS**

Respetado Señor García:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual consulta “... si es ajustado a la Ley que una EPS del régimen contributivo se niegue a transcribir una incapacidad de un afiliado que ha sido expedida por un médico particular, aduciendo como único fundamento que ese médico no está adscrito a esa EPS. En caso afirmativo, agradecería mucho especificar la disposición legal que así lo consagra...”. Al respecto y previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

El artículo 206<sup>5</sup> de la Ley 100 de 1993<sup>6</sup>, establece que para los afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, es decir los cotizantes, el sistema a través de las EPS les reconocerá la incapacidad por enfermedad general.

Ahora bien, de conformidad con la normativa anterior, debe señalarse que la regla general en el –SGSSS-, es que la incapacidad sea reconocida por la EPS una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma. En este caso, si la incapacidad es concedida por una institución o profesional de la salud ajeno a la Entidad Promotora de Salud, ésta deberá ser transcrita.

Hecha la aclaración anterior, debe indicarse que no existe una norma que regule de forma expresa lo que constituye la transcripción de incapacidades, no obstante, siempre por ésta se ha entendido como aquel trámite en virtud del cual la EPS traslada al formato oficial de la entidad el certificado expedido por el odontólogo o médico en ejercicio legal de su profesión, pero no autorizado por la Entidad Promotora de Salud para hacerlo.

Así las cosas, lo anterior quiere decir que este Ministerio no puede determinar, si una EPS se encuentra obligada o no a reconocer la prestación económica derivada de una incapacidad cuando el afiliado es atendido por fuera de su red de servicios, toda vez que la Entidad Promotora es autónoma en establecer si la transcribe o no y las condiciones en que lo hará,

---

<sup>5</sup> Artículo 206.-Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

<sup>6</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



teniendo en cuenta las circunstancias especiales en que la incapacidad sea expedida por el profesional médico u odontólogo.

En el evento en que la EPS decida transcribir la incapacidad, emitida por una institución o profesional ajeno a su red de prestadores de servicios, esta deberá reconocer la prestación económica derivada de la misma, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el numeral 2<sup>7</sup> del artículo 21 del Decreto 1804 de 1999<sup>8</sup> y el numeral 1<sup>9</sup>, artículo 3 del Decreto 047 de 2000<sup>10</sup>, modificado por el artículo 9 del Decreto 783 del mismo año.

Conforme con lo anterior y como respuesta a su interrogante, se tiene que en el evento de surgir controversia entre la Entidad Promotora de Salud –EPS y el trabajador incapacitado o su empleador, por la no transcripción de la incapacidad, ello podrá ponerse en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que en el marco de las funciones jurisdiccionales otorgadas por el literal g del artículo 41<sup>11</sup> de la Ley 1122 de 2007<sup>12</sup>, adicionado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011<sup>13</sup>, tiene competencias legales para resolverla.

Frente a su inquietud por medio de la cual solicita que se le brinde información sobre la existencia o no de normativa que prohíba a las EPS realizar la transcripción de incapacidades emitidas por una institución o profesional ajeno a su red de prestadores de servicios, me permito indicarle que actualmente no existe una disposición normativa que expresamente prohíba o determine las causas por las cuales no procedería la transcripción de incapacidades por parte de una Entidad Promotora de Salud, por tal motivo, consideramos que el proceso de transcripción de incapacidades estará sujeto a las condiciones que para ello hayan definido la Entidades Promotoras de Salud –EPS, conforme lo indicado líneas atrás.

---

<sup>7</sup> Artículo 21. Reconocimiento y pago de licencias. Los empleadores o trabajadores independientes, y personas con capacidad de pago, tendrán derecho a solicitar el reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, siempre que al momento de la solicitud y durante la incapacidad o licencia, se encuentren cumpliendo con las siguientes reglas: (...) 2. No tener deuda pendiente con las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora. Conforme a la disposición contenida en el numeral 1 del presente artículo, serán de cargo del Empleador el valor de las licencias por enfermedad general o maternidad a que tengan derecho sus trabajadores, en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS, o en el evento en que dicho empleador incurra en mora, durante el período que dure la licencia, en el pago de las cotizaciones correspondientes a cualquiera de sus trabajadores frente al sistema. En estos mismos eventos, el trabajador independiente no tendrá derecho al pago de licencias por enfermedad general o maternidad o perderá este derecho en caso de no mediar el pago oportuno de las cotizaciones que se causen durante el período en que esté disfrutando de dichas licencias (...).

<sup>8</sup> Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>9</sup> Artículo 3. Períodos mínimos de cotización: Para el acceso a las prestaciones económicas se estará sujeto a los siguientes períodos mínimos de cotización: 1. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes e independientes deberán haber cotizado, un mínimo de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

<sup>10</sup> Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones

<sup>11</sup> Artículo 41: Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.

<sup>12</sup> Ley 1122 de 2007 (enero 9) “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

<sup>13</sup> Ley 1438 de 2011(enero 19) “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 107 de 120

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.,

Doctora

**ALBA LUCY CRUZ PARDO**

Directora Territorial Caprecom - Casanare

Carrera 27 No. 12-37. Barrio La Pradera.

Yopal - Casanare

**ASUNTO:** Acta de Liquidación de Contrato de Aseguramiento en Salud- Descuentos por Incumplimiento de metas por Promoción y Prevención.

Respetada doctora Alba Lucy,

Procedente de la Superintendencia Nacional de Salud, hemos recibido su comunicación por la cual formula varios planteamientos relacionados con la viabilidad de efectuar descuentos por incumplimiento de metas por promoción y prevención, frente a un Contrato de Aseguramiento celebrado entre el municipio de Yopal – Casanare y Caprecom EPS. Al respecto, nos permitimos efectuar las siguientes consideraciones.

**1. Decreto 1964 de 2010 - Contrato Electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud.**

En el marco de lo previsto en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, el régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, se administró por parte de las entidades territoriales mediante la suscripción de los contratos de administración del régimen subsidiado, garantizándose de esta manera la afiliación y la prestación del servicio de salud a la población beneficiaria del subsidio en salud.

En desarrollo de la anterior normativa, el entonces Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 1964 de 2010, reglamentando el contrato electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud, definiendo los lineamientos generales a los que deberían ajustarse las Entidades Territoriales, las Empresas Promotoras de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado y los demás actores involucrados en la operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El artículo 2 del precitado decreto, definió el contrato electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud en los siguientes términos:

*“El contrato electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud, es el acuerdo de voluntades entre la entidad territorial y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, habilitadas en su respectiva jurisdicción, sobre las obligaciones propias de las dos partes en la administración y la operación en lo que corresponda, del Régimen Subsidiado de Salud.”*



A su turno el artículo 3 del Decreto 1964 de 2010, estableció las siguientes características frente al contrato mencionado:

*“El contrato electrónico para la administración de recursos y el aseguramiento del régimen subsidiado aquí es bilateral, una de sus partes está constituida por una multiplicidad de sujetos y será suscrito mediante firma digital, de conformidad con los atributos legales establecidos para la validez de los documentos electrónicos emitida por una certificadora abierta autorizada para operar en Colombia. El contratante es la entidad territorial municipal y el contratista son las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, EPS-S, autorizadas para operar en su respectiva jurisdicción.”*

## 2. Resolución 2030 de 2010 - Clausulado del contrato electrónico.

En el marco de lo previsto en el Decreto 1964 de 2010, el entonces Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución 2030 del mismo año, adoptó en su anexo técnico la carátula y el clausulado del contrato electrónico para la administración y aseguramiento del Régimen Subsidiado.

Adicionalmente, dado el carácter bilateral del contrato electrónico para el aseguramiento del Régimen Subsidiado en Salud y como de manera clara lo establece la cláusula vigésima cuarta, contenida en el clausulado del contrato de administración de recursos y aseguramiento del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud de que trata el anexo técnico de la Resolución 2030 de 2010, las responsabilidades del aseguramiento de la población afiliada y la administración del riesgo en salud le corresponden de manera indelegable al contratista y en consecuencia el mismo no podrá ceder sus responsabilidades a terceros.

Ahora bien, expuesta la anterior normativa, resulta pertinente señalar que todo contrato legalmente celebrado es ley para las partes, en ese sentido el artículo 1602 del Código Civil, establece:

*“ARTÍCULO 1602. Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.”*

A su turno, la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia de julio 3 de 1963, frente al principio de la autonomía de la voluntad y el contrato como ley para las partes señaló:

“  
(..)

**Principio de la autonomía de la voluntad “1. Como es suficientemente conocido, uno de los principios fundamentales que inspiran el Código Civil es el de la autonomía conforme a la cual, con las limitaciones impuestas por el orden público y por el derecho ajeno, los particulares pueden realizar actos jurídicos, con sujeción a las normas que lo regulan en cuanto su validez y eficacia, principio este que en materia contractual alcanza expresión legislativa, en el artículo 1602 del Código Civil que asigna a los contratos legalmente celebrados el carácter de ley para las partes, al punto que no pueden ser invalidados sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.**



(..)”

Teniendo en cuenta lo anterior y frente a sus interrogantes, es preciso señalar que la viabilidad de efectuar o no el descuento de las acciones no ejecutadas de Promoción y Prevención, respecto del contrato de aseguramiento No. 85001-2010-001, el cual tenía una vigencia comprendida entre el 1 de junio de 2010 al 31 de marzo de 2011 y que fuera celebrado entre el municipio de Yopal – Casanare y la EPS Caprecom, dependerá de lo pactado en su clausulado, en el entendido de que el mencionado contrato es ley para las partes y que las cláusulas contenidas en él, son las que deben orientar la liquidación del contrato a la luz de lo ejecutado por el contratista.

En lo atinente a si el municipio de Yopal – Casanare tiene facultades sancionatorias para descontar en la etapa pos contractual unas sumas de dinero de forma discrecional y unilateral, hay que reiterar lo expresado en el párrafo anterior, en el sentido de que el contrato es ley para las partes, por tal razón, el descuento que como sanción pretende efectuar el ente territorial, debe estar ajustado a lo pactado en el contrato.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.

URGENTE

Doctora

**MARIA ISABEL VÁSQUEZ LONDOÑO**

Subdirectora de Asuntos Laborales y Pensionales

Departamento de Servicios de Gestión Humana

Banco de la República

Calle 16 No. 6-34 - Piso 7

Bogotá D.C.

Asunto: Licencia de paternidad.

Respetado señor Ramirez:

Procedente de la Superintendencia Nacional de Salud, hemos recibido su comunicación por la cual consulta sobre el reconocimiento de la licencia de paternidad cuando ésta abarca días inhábiles, lo anterior referenciando dos conceptos del hoy escindido Ministerio de la Protección Social. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

La Ley 1468 de 2011 “*Por la cual se modifican los artículos 236, 239, 57, 58 del Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones*”, en su artículo 1°, modificadorio del artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, establece:

“(…)

***Parágrafo 1°.*** *La trabajadora que haga uso del descanso remunerado en la época del parto tomará las 14 semanas de licencia a que tiene derecho de acuerdo a la ley. El esposo o compañero permanente tendrá derecho a ocho (8) días hábiles de licencia remunerada de paternidad.*

***Esta licencia remunerada es incompatible con la licencia de calamidad doméstica y en caso de haberse solicitado esta última por el nacimiento del hijo, estos días serán descontados de la licencia remunerada de paternidad.***

*La licencia remunerada de paternidad opera para los hijos nacidos de la cónyuge o de la compañera.*

*El único soporte válido para el otorgamiento de licencia remunerada de paternidad es el Registro Civil de Nacimiento, el cual deberá presentarse a la EPS a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha del nacimiento del menor.*

*La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.*

***Se autorizará al Gobierno Nacional para que en el caso de los niños prematuros y adoptivos se aplique lo establecido en el presente parágrafo. (...)*** ***(Aparte subrayado declarado condicionalmente exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C 383 – 12, en el entendido de que estas expresiones se refieren a los padres en condiciones de igualdad independientemente de su vínculo legal o jurídico con la madre).***



Como se observa del aparte de la disposición transcrita, *el esposo o compañero permanente tendrá derecho a **ocho (8) días hábiles** de licencia remunerada de paternidad, cuya finalidad sea del caso anotar, no es otra que la de otorgarle un tiempo para que se separe de sus actividades laborales y como tal, pueda brindarle compañía y cuidado al menor recién nacido y a la madre.*

De otro lado, debe anotarse que para efectos del reconocimiento económico de la licencia en cuestión, con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, se parte de la ficción en cuanto a que los trabajadores tanto independientes, como dependientes, laboran de lunes a viernes, pues no es posible conocer las particularidades de la vinculación de cada trabajador, en el marco de lo cual, se contabilizan únicamente cinco (5) días de la semana como hábiles y los demás se toman por el SGSSS como no laborables esto es, sábados, domingos y festivos.

Bajo este orden de ideas y para el caso específico planteado, debe anotarse que el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, le debió reconocer a la EPS los 14 días calendario que duró la licencia de paternidad del trabajador de esa entidad, por lo que la EPS ha debido liquidar a favor del Banco de la República como empleador el mismo número de días.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.,

**URGENTE**

Señora  
**SUSANA FIQUITIVA SEGURA**  
Carrera 4 No 18 . 50 Local S 109  
Bogotá

**ASUNTO:** Solicitud para que se expida certificación de afiliación en salud, para efectos de que le sea reconocida una pensión.

Respetada señora Susana:

Hemos recibido su comunicación por la cual solicita que se expida a su costa una certificación de afiliación a salud por los períodos correspondientes desde enero de 1995 hasta la actualidad, donde conste el aportante y el empleador, IBC y períodos de cotización, para efecto de convalidar aportes ante la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES. Al respecto y previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

Frente a su solicitud, debe indicarse que en este Ministerio no reposa la información necesaria o suficiente para efecto de expedirle a su costa, una certificación de afiliación en salud con el nivel de detalle requerido, es decir, que indique con especificidad el nombre el aportante o empleador y el ingreso base de cotización por el cual se efectuaron aportes, desde el año 1995 hasta la actualidad.

No obstante lo anterior y teniendo en cuenta la información que reposa en este Ministerio, me permito enviarle el reporte que sobre su estado de afiliación arroja el aplicativo de consulta de afiliados compensados del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, donde se evidencia que aparece afiliada en calidad de beneficiaria y no cotizante, desde el año 1998, ante diferentes EPS, tales como: Instituto de Seguros Sociales, Cafesalud EPS y Famisanar – Entidad Promotora de Salud.

Ahora bien, es importante señalar que de conformidad con lo previsto en el inciso 2 del artículo 3 del Decreto 510 de 2003<sup>14</sup>, la base de cotización para el Sistema General de Pensiones debe ser la misma por la cual se cotiza también para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De otra parte, el inciso 2 del párrafo del artículo 3 del decreto ibídem, estableció lo siguiente:

“

---

<sup>14</sup> Por medio del cual se reglamentan parcialmente los artículos 3º, 5º, 7º, 8º, 9º, 10 y 14 de la Ley 797 de 2003.



*Con el propósito de que estos ingresos se acumulen para la liquidación de la pensión, sobre los mismos debieron haberse realizado los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud. De ser diferente la base de cotización, los aportes que excedan los realizados al Sistema de Seguridad Social en Salud, no se tendrán en cuenta para la liquidación de la pensión y le serán devueltos al afiliado con la fórmula que se utiliza para el cálculo de la indemnización sustitutiva o la devolución de saldos.”*

Frente al anterior mandato normativo, se hace necesario precisar que el mismo fue declarado nulo por la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, mediante Sentencia de fecha 6 de mayo de 2011, expediente 11001 – 03 – 24- 000 – 2007 – 00242 – 00 (1687 – 07), en la cual en algunos apartes se expresó:

“ (...)

*En resumen, el inciso segundo del párrafo del artículo 3º del Decreto Reglamentario 510 de 2003, demandado, al señalar que en caso de resultar diferente la base de cotización, los aportes que excedan los realizados al Sistema de Seguridad Social en Salud, no se tengan en cuenta para la liquidación de la pensión, está señalando una restricción no prevista en la Ley que dice reglamentar.*

***Es cierto que por mandato legal, las cotizaciones al sistema de salud deben hacerse sobre la misma base, sin embargo, se repite, lo que la ley no prevé, es la posibilidad de no tener en cuenta para la liquidación de la pensión, los aportes que excedan a los realizados para el Sistema de Seguridad Social en Salud.***

*Tampoco prevé la ley la posibilidad de que en esos eventos, los aportes excedidos sean devueltos al afiliado con la fórmula que se utiliza para la indemnización sustitutiva o la devolución de saldos, como lo dispone el inciso demandado.*

*Por las razones que anteceden, se declarará la nulidad del inciso segundo del párrafo del artículo 3º del Decreto 510 de 2003 expedido por el Gobierno Nacional, por medio del cual reglamenta parcialmente los artículos 3º, 5º, 7º, 8º, 9º, 10 y 14 de la Ley 797 de 2003. ( El resaltado es nuestro)*

(...)”

En este orden de ideas y conforme lo resuelto por el Consejo de Estado en la sentencia cuyos apartes fueron transcritos anteriormente, se tiene que a la fecha ya no es exigible el acreditar el pago de aportes en salud, como condición para que una Administradora de Pensiones proceda a reconocer una pensión a un afiliado del Sistema General de Pensiones.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



Bogotá D.C.,

**URGENTE**

Señora  
**LAURA BERNAL SANCHEZ**  
Carrera 90 D No.40-28 Sur  
Barrio Patio Bonito  
Bogotá D.C.

**Asunto:** Posibilidad de cotizar en salud sin hacerlo a pensiones.

Respetada señora Laura:

Hemos recibido su comunicación por la cual consulta sobre la posibilidad de efectuar aportes únicamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, argumentando que no posee recursos para cotizar al Sistema General de Pensiones. Al respecto, previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

En relación con la posibilidad de cotizar exclusivamente a salud, sin hacerlo a pensión, le informamos que según lo dispuesto por el Decreto 4465 de 201115, actualmente ese beneficio se encuentra prorrogado hasta la fecha de entrada en vigencia del Servicio Social Complementario de Beneficios Económicos Periódicos - BEPS, tal como lo prevé el Decreto 1623 de 201316, garantizándose que aquellos trabajadores independientes que venían cotizando en salud y no en pensiones, de conformidad con lo previsto en el artículo 2 de la Ley 1250 de 200817, pudieran continuar bajo la figura del cotizante 41-42 de la planilla integrada de liquidación de aportes –PILA, no así para quienes con posterioridad a esa fecha pretendan hacerlo.

---

*15 Por el cual se adopta en mecanismo transitorio para garantizar la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

*16 Por el cual se amplía la vigencia del mecanismo transitorio para garantizar la afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

*17 Por la cual se adiciona un inciso al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007 y un párrafo al artículo 19 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 6 de la Ley 797 de 2003.*



Es decir, el mencionado beneficio acoge a todos aquellos trabajadores independientes cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente que se encontraran cotizando solo a salud a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA a la fecha de entrada en vigencia del Decreto 4465 de 2011, es decir al 25 de noviembre de 2011, conforme a lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 2638 de 2012<sup>18</sup>.

Frente a lo requerido en su comunicación, se tiene que si a la fecha señalada en el párrafo anterior, usted venía cotizando solo a salud, actualmente puede seguir haciéndolo. No obstante lo anterior, si al 25 de noviembre de 2011 no estaba cotizando solo en salud, a la fecha tendría que cotizar al Sistema General de Pensiones y al Sistema General de Seguridad Social en Salud de forma simultánea y sobre el mismo ingreso base de cotización.

Ahora bien, si no le es posible cotizar a salud y pensión de forma simultánea, por no contar con la capacidad económica para realizar dichos aportes, es pertinente gestionar su afiliación al Régimen Subsidiado, caso en el cual, le sugerimos acercarse a la respectiva Secretaría de Salud de su domicilio, con el fin de que se estudie la posibilidad de materializar la afiliación a dicho régimen.

Por último, si la afiliación al Régimen Subsidiado en Salud no es posible, usted tiene derecho a ser atendida por las instituciones prestadoras de servicios de salud que el ente territorial de su domicilio haya contratado para cumplir la obligación de garantizar la prestación del servicio a la población no asegurada.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

---

<sup>18</sup> **Artículo 1.** Prorrogar hasta el 31 de diciembre de 2012, la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente de que trata el artículo 19 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 6° de la Ley 797 de 2003 y 2° de la Ley 1250 de 2008 y se encuentren como cotizante 41 o 42 en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, a la fecha de entrada en vigencia del Decreto 4465 de 2011”.



Bogotá D.C.,

**URGENTE**

Señores  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**MANUEL CASTRO TOVAR**  
esemanuelcastrotovar@hotmail.com  
Pitalito - Huila.

Asunto: Aplicación de la Ley 80 de 1993 a las Empresas Sociales del Estado.

Respetados Señores:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual solicita “*concepto sobre la aplicación de la Ley 80 de 1993 a las Empresas Sociales del Estado*”. Al respecto, me permito señalar lo siguiente:

Sobre el tema objeto de consulta, debe indicarse que el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, dispone que la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos.

A su vez el artículo 195 ibídem, respecto del régimen jurídico aplicable a las Empresas Sociales del Estado, ha determinado en su numeral 6°, que en materia contractual dichas instituciones se regulan por el derecho privado.

Respecto al particular, vale la pena citar lo expresado por la Sala de Consulta de Servicio Civil del Consejo de Estado, en concepto del 6 de Abril de 2000, expediente 1.263, Magistrado Ponente Flavio Augusto Rodríguez Arce, así

“(…)

*En principio, por ser las empresas sociales del estado entidades estatales y constituir la ley 80 un estatuto denominado "general de contratación de la administración pública", pudiera concluirse que su aplicación es universal para toda clase de entes públicos; sin embargo, tal apreciación no se compeadece con la potestad del legislador para establecer excepciones a tal régimen, como lo hizo en el caso de estas empresas.*



*El carácter excepcional de la regulación, se refleja inequívocamente en la locución "discrecionalmente", ya que mientras los demás contratos estatales deben, de manera general, contener tales cláusulas, en los sometidos al régimen de las empresas sociales sólo se pactarán cuando así estas lo dispongan. Además, si con dicha expresión al Estado se le otorga la facultad para pactar o imponer las referidas cláusulas, sin distinguir su razón, es porque a él se reserva el privilegio de incluirlas cuando lo estime conveniente, esto es, cuando las reglas de derecho privado no le otorguen la garantía para la prestación del servicio público correspondiente.*

*Por lo demás, dicha discrecionalidad encuentra su fundamento en la multiplicidad de objetos contractuales que pueden incidir o no en la prestación del servicio público, circunstancia que la administración deberá tener presente al momento de determinar si incluye o no las cláusulas excepcionales.*

*De esta manera, al disponer la ley 100 de 1993 en el numeral 6° del artículo 195, la utilización discrecional de las cláusulas excepcionales, excluyó la aplicación general y común de las normas de la ley 80. El régimen de derecho privado de la contratación propio de las demás entidades estatales, aparece consagrado en el artículo 13 de la ley 80, conforme al cual "los contratos que celebren las entidades a que se refiere el artículo 2° del presente estatuto se regirán por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes".*

*En consecuencia, por voluntad del legislador, ni los principios de la contratación estatal, ni normas distintas a las que regulan las cláusulas exorbitantes, deben aplicarse obligatoriamente por las empresas sociales del Estado. Es forzoso concluir entonces, que el régimen de contratación de estas empresas es de derecho privado, con aplicación excepcional de las cláusulas mencionadas.*

*La Sala reitera esta posición doctrinaria vertida en la Consulta N° 1.127, del 20 de agosto de 1998, según la cual:*

*"Por regla general, en materia de contratación las Empresas Sociales del Estado se rigen por las normas ordinarias de derecho comercial o civil. En el caso de que discrecionalmente, dichas empresas hayan incluido en el contrato cláusulas excepcionales, éstas se regirán por las disposiciones de la ley 80 de 1993. **Salvo en este aspecto, los contratos seguirán regulados por el derecho privado**". (Resalta la Sala)*

*Sin embargo, estima pertinente aclarar que cuando tales empresas, hipotéticamente tuvieran que celebrar los contratos a que se refiere el artículo 32 de la ley 80, no es pertinente dar aplicación a disposiciones distintas a las de derecho privado<sup>19</sup>*

*Con todo, que el estatuto contractual no se aplique sino en punto a las cláusulas excepcionales, conforme al numeral 6° del artículo 195 de la ley 100, no significa que los administradores y encargados de la contratación en las empresas en cuestión, puedan hacer caso omiso de los preceptos de los artículo 209 de la Constitución, 2° y 3° del C.C.A.*

*(...)"*

De conformidad la normatividad anteriormente citada y los conceptos cuyos apartes se han transcrito de la Sala de Consulta de Servicio Civil del Consejo de Estado, se tiene entonces que el régimen contractual aplicable a las Empresas Sociales del Estado es el derecho privado, salvo las cláusulas excepcionales, toda vez que cuando dichas instituciones hagan uso de las mismas,

<sup>19</sup> Los artículos 13 y 31 de la ley 80/93 hacen obligatoria la aplicación de la ley 80/93, para las demás entidades estatales. con algunas excepciones.



estas se regularán por las reglas previstas en el **Estatuto General de Contratación de la Administración Pública** (Ley 80 de 1993).

En cuanto a la precisión anterior y frente a lo consultado en su escrito, se tiene que si la Alcaldía Municipal va a suscribir un convenio interadministrativo con una Empresa Social del Estado, en el cual el ente territorial actuará como contratante, el régimen de contratación será el contenido en el **Estatuto General de Contratación de la Administración Pública** (Ley 80 de 1993), caso contrario cuando la Empresa Social del Estado actué como contratante de un determinado bien o servicio, el régimen de contratación aplicable será el derecho privado, tal como lo prevé el numeral 6° del artículo 195 de la Ley 100 de 1993.

Por lo anteriormente expuesto, se tendría entonces que el convenio interadministrativo aludido en su escrito, se regulará por el **Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en la medida que la Alcaldía Municipal es la que contratará con la Empresa Social del Estado**, la ejecución de saldos o excedentes de las cuentas maestras del régimen subsidiado en el marco de lo previsto en la Ley 1608 de 2013.

No obstante lo anterior e independientemente que las Empresas Sociales del Estado tengan un régimen de contratación excepcional al contenido en el **Estatuto General de Contratación de la Administración Pública**, estas en el marco de lo previsto del artículo 13 de la Ley 1150 de 2007<sup>20</sup>, en su actividad contractual especial deben actuar conforme a los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Política, estando sometidas también al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto legalmente para la contratación estatal.

Ahora bien, hechas las aclaraciones anteriores, es preciso señalar que el inciso 1 del artículo 76 de la Ley 1438 de 2011<sup>21</sup>, estableció:

*“Artículo 76. Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado. Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la Junta Directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.*

(...)”

En el marco de la anterior disposición normativa, este Ministerio expidió la Resolución 5185 de 2013<sup>22</sup>, la cual en su artículo 4, previó que en desarrollo de su actividad contractual, las ESE deben aplicar no sólo los principios de la función administrativa de que trata el artículo 209 de la Constitución Política, sino también los contenidos en la Ley 489 de 1998, los propios del Sistema General de Seguridad Social en Salud previstos en el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, así como los principios de las actuaciones y procedimientos administrativos dispuestos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, en especial los de: debido

<sup>20</sup> Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos.

<sup>21</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

<sup>22</sup> Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el Estatuto de Contratación que regirá su actividad contractual,



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Página 120 de 120

proceso, igualdad, imparcialidad, buena fe, moralidad, participación, responsabilidad, transparencia, publicidad, coordinación, eficacia, eficiencia, economía, celeridad y planeación.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.